PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR. LEON HALBAN.

Rok XXXI. — 1892.



KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1892.


BIBLIOTHECA
VNIV. IAGELL.
CRACOVIENSIS.


Biblioteka Jagiellońska
1001640258

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXXI. „Przeglądu Lekarskiego".

(*Liczby oznaczają strony.*)

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Odcinek.

IV. Spis alfabetyczny rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

1) Towarzystwo lekarskie krakowskie.

2) Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

3) Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

4) Wydawnictwo dzieł lek. polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XVI dnia 20 stycznia 1892 r. 98.

VI. Nekrologija.

Fritsche 26. Stas. Palasciano, Br ndt, Risdon-Bennet, Michelsohn, Schech. Tripier, Richet, Pawlas 27. Brücke, Wood. Pawlas 38. Ziembicki, Skórkowski 86 Mackenzie, Lumnitzer 87. Schmerling 99. Rosenthal, Aubert 111. Hasner-Artha 125. Trembecki 145. Ivanchich de Margita 146. Ross, Lerch, Credé, Küssner, Kohn 159. Lossen, Steenberg, Zawrocki, Czauderna 170. Regersperger, Schroff 182. Karawajew, Lerch, Leiter, Ciechanowicz, Musiałowicz 196. Seitz, Bowman 221. Schrader, Fromann 232. Hoffmann, Braune 248. Wrześniowski, Leśnik 276. Mayzel 292. Meynert 303. Schnell, Fischel, Roth 328. Prawaz, Demme, Skołozubow 341. Biermer 352. Markbreiter, Nasse, Schoslemer, Sokołów 377. Podwysocki, Baliński 390. Maszkowski, Meyer 418. Kownacki, Le Gros Clark 434. Bandl, Knox 446. Bandl, Standhartner 466. Seligmann 478. Ibsen 514 Villemin, Winkel, Mayer 527. Trachtenberg 574. Flechsig, Friedinger 586. Joessel 635.

VII.

Okólnik c. k. Namiestnictwa z 15 grudnia 1891 r. 26.

Rozporządzenie wykonawcze do ustawy o lekarzach gminnych 49, 62.

Okólnik c. k. Namiestnictwa z dnia 17 marca 1892 r. 195.

Wiadomości bieżące w każdym numerze.
Wiadomości statystyczne w różnych numerach.
Zawiadomienia o posiedzeniach w różnych numerach.

Spis autorów [6]).

[6]) Nazwiska autorów prac oryginalnych zaznaczone są rozstrzelonym drukiem.

Rok XXXI. Kraków, 2 Stycznia 1892. Nr. 1.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) N. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardziela i krtani.

Skreślił

T. Heryng w Warszawie.

Przez wyraz elektroliza lub galwanoliza rozumiemy w znaczeniu lekarskiem szereg zmian odbywających się w pobliżu biegunów stałego strumienia, przepuszczanego przez tkanki lub płyny organiczne.

Sprawę, odbywającą się pomiędzy biegunami stałego strumienia na dalszym ich dystansie, nazwano za przykładem Remaka katalizą. Od elektrolizy różni się ona tem, że ustroju tkanek nie niszczy, a działanie jéj polega na zmianach molekularnych, bliżéj nam nieznanych, dla oka niewidocznych, zachodzących zapewne w samem odżywianiu tkanek. Elektroliza i kataliza są w ścisłym ze sobą związku, co do działania jednak znacznie się od siebie różnią.

Elektroliza bowiem niszczy tkanki bezpowrotnie, kataliza zaś ustroju tkanek nie niszczy, modyfikuje jednak czynności odżywcze i może wywołać bądź zanik, bądź przerost tkanek.

Sprawę chemizmu i fizycznego działania elektrolizy poruszę tu tylko o tyle, o ile to dla zrozumienia działania strumienia na tkanki żywe okaże się niezbędnem.

Po szczegóły odsyłam czytelników do podręczników i specyjalnych traktatów o elektrolizie, z których polecić mogę wyszłą w tym roku pracę Gräupnera[1]), traktującą ten przedmiot treściwie, a pomimo to dość wyczerpująco, którą się też w części fizycznéj téj pracy posilkowałem.

Lekarza praktyka książka ta zapewne zadowoli; o ile zadowoli fizyka z zawodu, do ocenienia tego brak mi kompetencyi.

Przyczyną wolnego rozwoju elektrolizy był z jednéj strony zbytni entuzyjazm pionierów téj metody, z drugiéj tym właśnie entuzyjazmem wywołany sceptytyzm niektórych lekarzy, który bez dokładnego sprawdzenia metody odrazu ryczałtowo ją potępili. I do dziś dnia stan ten niewiele się zmienił. Podczas gdy jedni zachęceni, pojedyńczemi dodatniemi wynikami przeceniają znaczenie tego, bądź co bądź potężnego leczniczego czynnika, inni zadowalają się łatwą rolą krytyka i bez sprawdzenia faktów, nieraz na mocy teoretycznych wywodów wygłaszają o niéj sąd ujemny, z rzeczywistością niezgodny, utrudniający metodzie szersze zastosowanie. Zobaczymy, że, jak to zwykle bywa, prawda leży pośrodku. Chcąc ją znaleść potrzeba bez uprzedzeń gromadzić fakty, zbierać materyjał obserwacyjny, a po nad teoretyczną opozycyją można będzie przejść spokojnie do porządku dziennego.

Pierwszy, który elektrolizę w celach leczniczych stosował, był w r. 1840 Dr. Crusel, z Petersburga, jakkolwiek pierwsze doświadczenie elektrolityczne, tj. rozpuszczenie włóknika za pomocą stałego strumienia, dokonanem zostało w r. 1809 przez Davyego.

Pravatz i Guérard stosowali elektrolizę przy leczeniu tętniaków w r. 1821. W 16 lat późniéj Petrequin pierwszy uzyskał zupełne wyleczenie tętniaka tętnicy skroniowéj. Schuster, Tripier, Nélaton w Paryżu stosowali elektrolizę przy nowotworach w ogólnosci i przy zwężeniach cewki moczowéj.

Althaus w Londynie, Bruns w Tybindze (1870 r.) pracami swemi przyczynili się bardzo do bliższego poznania téj metody; starali się oni wyświetlić istotę téj sprawy i wynaleźć dla niéj ściślejsze wskazania.

Neftel w New-Yorku, Remak w Berlinie, Grob, Semola, w ostatnich czasach Parsons, badali wpływ elektrolizy na nowotwory złośliwe (raki).

W 1884 r. elektroliza, na skutek prac Apostolego, który ją stosował przy myomatach macicy i w innych cierpieniach organów płciowych kobiecych, bardzo wielu zyskała zwolenników.

[1]) *Elektolyse und Katalyse. Ihre Theorie und Praxis.* 1891.

Jakkolwiek i na tem polu z początku znaczenie jéj przeceniano, obecnie jednak zgodzono się, że w niektórych przypadkach posiada ona wybitne własności lecznicze.

W chorobach krtani stosował ją w 1872 roku Fieber. Voltolini w roku 1888 metodę tę zalecał w różnych cierpieniach jam nosowych, gardła i krtani, podał nowe narzędzia i z wielkim zapałem do jéj użycia zachęcał.

Dokładne dane fizyczne co do istoty elektrolizy zawdzięcza nauka Faradyowi. Elektrolizą nazwał on rozkład płynów, powstający pod wpływem stałego prądu. Ciało poddawane elektrolizie nazwał elektrolitem, produkta rozkładu jonami, płyty i druty, przeprowadzające prąd, określił jako elektrody. Biegun dodatni otrzymał nazwę anody, biegun ujemny katody, ztąd produkta elektrolizy, zbierające się przy anodzie, noszą nazwę anijonów, zbierające się przy katodzie, katyjonów; pierwsze są elektroujemne, ostatnie elektrododatnie.

Tlen i wodór, powstające z rozkładu wody zakwaszonéj wydzielają się tylko na elektrodach srebrnych, platynowych lub węglanych.

Jeżeli anoda zrobioną jest z cynku, to tlen na niéj wydzielony tworzy tlenek cynku, w razie zaś obecności kwasu siarczanego otrzymamy siarczan cynku.

Sprawę tego rodzaju nazwano rozkładem wtórnym.

Przy rozkładzie soli glauberskiéj za pomocą platynowych elektrodów, grupa SO_4 wydziela się przy biegunie dodatnim, sod przy biegunie ujemnym. Ponieważ jednak sod w roztworze wodnym nie może się utrzymać, rozkłada więc dwa molekuły wody, tworząc wodan sodu, przyczem H_2 zostaje uwolniony. Grupa zaś SO_4 na anodzie rozkłada jeden molekuł wody, dając kwas siarczany (SO_4H_2) i wyswobadzając O.

Faraday w r. 1833 wykrył trzy następujące prawa:

1) Ilość jonu, wydzielonego w danym czasie na elektrodzie, jest proporcyjonalną do natężenia prądu.

2) Ilość jonu, wydzielonego na elektrodzie w ciągu jednéj sekundy, równa się natężeniu prądu, pomnożonemu przez równoważnik elektro-chemiczny jonu.

3) Ilość działania chemicznego jest jednakową we wszystkich punktach obwodu.

Przy rozkładzie wody przekonano się, że dwu objętościom H nie zawsze odpowiada jedna objętość O, lecz niekiedy nieco mniéj, albowiem część jego, jak to wykazał Schönbein, *in statu nascendi* zagęszcza się na ozon, zawierający w jednéj objętości nie 2 O lecz 3 O, przyczem wytwarza się również woda utleniona.

Za pomocą prostego doświadczenia, t. j. papierka lakmusowego można wykazać, że przy anodzie wytwarzają się kwasy, przy katodzie alkalija. Kwestyja tylko w tém, w jakiéj ilości. Również przekonywa o tem doświadczenie z przetworem jodku potasu (KI), w którym rozpuszcza się nieco krochmalu. Jeżeli zamkniemy strumień, jod wydziela się przy anodzie i barwi krochmal niebiesko.

Wodór wydzielający się przy katodzie wytwarza się w stanie czynnym, albowiem redukuje w ciemności substancyje organiczne, zarówno jak sole tlenku żelaza i w ciemności łączy się z chlorem i jodem, jest więc silniejszym w działaniu od zwykłego wodoru (Neftel).

Strumień elektryczny przechodzący przez elektrolit posiada nietylko działanie molekularne, t. j. rozkładające, lecz także posiada siłę molarną t. j. przenosi cząstki elektrolitu z jednego bieguna do drugiego (elektryczna osmoza). Okazało się również, że wbrew poglądom v. Brunsa i Fiebera przy działaniu elektrolizy wytwarza się ciepło: dowiodły tego doświadczenia Schultz-Sellacka i Kuttnera.

Podług teoryi Grothusa podczas elektrolizy, w drodze przez strumień przebieganéj molekuł po molekule ulega rozkładowi, jak to wypływa z następującego doświadczenia.

Jeżeli przyłożymy jednę ektrodę na policzek, drugą przystawimy na obwodzie ciała, poczujemy w ustach smak alkaliczny lub kwaśny, stosownie do tego, czy katodę lub anodę przyłożyliśmy do policzka.

Wynika ztąd, że pod wpływem strumienia ślina w ustach, względnie molekuły pomiędzy biegunami położone, ulegają rozkładowi (Tripier)

Jeżeli w wodzie zakwaszonéj zamkniemy strumień i wprowadzimy blaszkę platynową pomiędzy jego bieguny, to na powierzchni zwróconéj ku katodzie zbiorą się pęcherzyki wodoru, a na powierzchni, zwróconéj do anody, pęcherzyki tlenu: oczywisty dowód, że w przestrzeni pomiędzy biegunami odbywa się proces chemiczny.

Strumień elektryczny działa również i na nerwy naczyń. Silniejsze strumienie drażnią nerwy naczyniorucho we tak, że światło naczyń zostaje zwężonem; bardzo silne strumienie prawdopodobnie zupełnie paraliżują nerwy naczynioruchowe i przez pewien czas wstrzymują odżywianie tkanek.

Wielkiego znaczenia jest przeciwgnilna siła strumienia, występująca w pobliżu obydwóch biegunów i to silniéj przy biegunie dodatnim.

Apostoli i Laguerrier, zarówno jak i Späth wykazali wpływ zgubny strumieni na koki. Występuje on dopiero przy pewnéj sile strumieni i wymaga pewnego czasu działania.

Czyste kultury *staphylococcus aureus* zamierały po kwadransie działania przy 60 M. A.; *streptococcus pyogenes* wymagał 60—80 M. A. przez 15 minut. Laseczniki czarnéj krosty (*anthrax*) zabija dopiero strumień 230 M. A., działając od $1/2$—1 godziny.

Pomimo przeciwgnilnego działania strumienia nie wolno zapominać, że wszystkie narzędzia do elektrolizy użyte, poddane być muszą gruntownéj dezinfekcyi.

Przypatrzmy się teraz działaniu elektrolizy na płyny i tkanki zwierzęce.

Dla zbadania istoty elektrolizy Crusel, Bruns i inni, wprowadzali platynowe igły w białko kurze lub płyn, wypuszczony przy hydrocele. Spostrzeżono wtedy następujące zmiany: zarówno na anodzie jak i na katodzie pokazują się drobne pęcherzyki, składające się z tlenu, przy biegunie dodatnim, z wodoru, przy biegunie ujemnym.

Przy obydwóch biegunach wytwarzają się jednocześnie skrzepy śnieżnéj białości, które pokrywają igły platynowe w formie cylindrów lub wrzecion. Skrzepy te, jak za pomocą papierka lakmusowego przekonać się łatwo, oddziaływają przy anodzie kwaśno, alkalicznie przy katodzie. Skrzep, przylegający do bieguna dodatniego, trzyma się mocno platyny, jest więcéj zbity od skrzepu wytworzonego przy katodzie. Jeżeli wprowadzimy dwie igły platynowe, połączone ze stałą bateryją, do naczynia ze świeżą krwią, bądź żylną bądź tętniczą, to przy katodzie wytworzy się plama żółtawa, podobna do płatka, przy anodzie zaś osadza się masa czar-

miawa, mażąca się, obfita w pęcherzyki; reakcyja będzie taka sama, jak przy doświadczeniu z białkiem.

Jeżeli dwie platynowe igły wkłujemy w świeże mięso i zamkniemy strumień, w około obydwóch biegunów występują zmiany, szybsze i wyraźniejsze przy katodzie, niż przy anodzie. Z początku wśród wyraźnego trzeszczenia wydzielają się pęcherzyki gazu w formie pienistéj masy. Przy biegunie dodatnim następuje rozkład włókien mięsnych i wydzielać się mają kwasy (chlorany, wytwarzają się z chloru, z pewnych soli mięsa i tlenu wody; kwas siarkawy wytwarza się z siarki białka, siarczanów i tlenu). Przypuszczają, że pod wpływem tych kwasów białko tkanek ścina się i silnie przylega do igły. Tkanka, rozłożona na około igły, jest z początku szaro-żółtą, późniéj ciemnieje, zapada się nieco i oddziaływa kwaśno.

Przy biegunie ujemnym szybko okazuje się pienista, biaława masa; wytwarzają się zasady i jakoby pod ich wpływem mięsień przybiera barwę żółtą i zamienia się na jednolitą, galaretowatą masę, z któréj igła platynowa z łatwością wyjąć się daje.

Widzimy więc, że jak to pierwszy wykazał Crusel biegun dodatni ścina tkanki, biegun ujemny wywołuje ich rozpłynięcie. Z doświadczeń Kutnera nad elektrolizą wątroby wynika, że tkanka wątrobowa przy anodzie traciła swą wyrazistość, była zbitą, skurczoną, zraziki stały się niewyraźne, przy katodzie zaś komórki były blade, przezroczyste, jednolite. Gärtner i Lustgarten zauważyli przy leczeniu wilka za pomocą elektrolizy, że strumień niszczył tylko komórki patologicznie zmienione. Skłonni są uważać to za dowód elekcyjnego działania strumienia. Co do zmian zachodzących w żywych tkankach pod działaniem elektrolizy dokładnych nie posiadamy danych.

Wiemy jednak tyle, że strumień wywołuje ruch drobinek i pędzi cząsteczki płynów od + do —. Być może, że na tem polega jego zdolność resorbcyjna. Przy znaczniejszéj odległości pomiędzy igłami strumień musi działać na nerwy naczynioruchowe.

Wytwarzające się przy elektrolizie ciepło również ma się do rozkładu tkanek przyczyniać. Z doświadczeń Kuttnera czynionych na psach wypływa, że jeżeli strumień jednego bieguna będziemy wprowadzać za pomocą kilku igieł, działanie jest daleko szybsze i tkanka szybko zanika.

Masy nekrotyczne, powstałe pod wpływem anody, wchłaniają się wolniéj i wśród silniejszéj reakcyi zapalnéj, niż to ma miejsce przy katodzie. Elektroliza za pomocą obu biegunów wywiera najpotężniejsze destrukcyjne działanie. Co się tyczy strupów, wytworzonych na skórze pod działaniem silnych prądów, to strup przy katodzie jest brudno żółty, podobny do strupa powstałego pod wpływem alkalijów; strup przy anodzie jest ciemniejszy, bardziéj zbity, podobny do strupa powstałego pod działaniem kwasu siarczanego na tkankę. Strupy te odpadają przez ropienie; pod niemi wytwarza się blizna. Bliznom tym Tripier przypisywał różne własności, stosownie do działającego bieguna: blizna przy anodzie miała być twarda i kurczliwa, przy katodzie miękka i elastyczna. Późniejsze obserwacyje nie potwierdziły jednak poglądów Tripiera.

Elektroliza znajduje swe zastosowanie i była użytą przy guzach i wytworach patologicznych skóry i tkanki łącznéj podskórnéj, przy owrzodzeniach, fistułach modzelowatych, zatokach lub zwężeniach włóknistych. Używano jéj do otwierania głębokich ropni (zamiast troakaru), jak również przy wilku, wrzodach atonicznych, stwardnieniach syfilitycznych i wolu. Voltolini zalecał ją dla niszczenia brodawek skórnych (*verrucae*), przy *naevus*, ateromatach i w *trichiasis*. Była również stosowaną przy obrzmieniu gruczołów limfatycznych, w przeroście lub guzach gruczołu przyprątnego i wielu innych cierpieniach. Oprócz wymienionych tu, a tak różnorodnych cierpień, elektroliza zastosowaną została do leczenia chorób kobiecych przez Apostolego w Paryżu.

Elektroliza posiada bez wątpienia wielkie zalety. Jest to środek względnie łatwo dozować się dający za pomocą rheostatów galwanometrów. Dozowanie to bynajmniéj nie jest matematycznie ścisłem, dla celów praktycznych jednak zupełnie wystarcza. Niszczące działanie elektrolizy można lokalizować, a co również jest ważne, stosować je można za pomocą odpowiednich narzędzi do wszystkich niemal części ciała. Nie wywołuje ona krwotoków, a nawet je wstrzymuje, gdyż pod wpływem anody krew krzepnie. Reakcyja zapalna po przypaleniu jest nadzwyczaj nieznaczna. Przypalanie jest miejscowo antiseptyczne. Przy kosmetycznych operacyjach ze względu na miękkie, mało wydatne blizny, elektroliza z wielkim pożytkiem znajduje zastosowanie. Największą zaletą téj metody jest nadzwyczaj silne resorbcyjne działanie obu biegunów i pobudzenie otaczających tkanek przez wpływ na nerwy i napięcie naczyń do żywszéj czynności.

Nie wolno nam jednak zamilczeć o ujemnych stronach elektrolizy. Do nich należą: skomplikowane przybory, bateryje i przyrządy pomocnicze, łatwość niszczenia się tych narzędzi i potrzeba ciągłéj nad niemi opieki, wreszcie cena tych aparatów, nie dla wszystkich przystępna. Ważniejszy zarzut, jaki czyniono elektrolizie w ogóle, jest długość trwania kuracyi, jéj bolesność, wielka ilość posiedzeń, nużąca nieraz lekarza i pacyjenta, wreszcie niepewność terapeutycznych wyników.

Ból w niektórych okolicach, jeżeli chodzi o operacyje na błonach śluzowych, usuwamy za pomocą kokainy, bądź przez smarowanie 20% roztworem, bądź za pomocą miąższowych wstrzykiwań. W gardzielu i krtani, stosowane za pomocą odpowiedniéj szprycy, są one w stanie zawsze prawie sprowadzić ból do minimum.

Co do drugiego zarzutu t. j. długiego trwania kuracyi, przekonano się, że posiłkując się odpowiedniemi reostatami, można powiększać natężenie strumienia bez żadnéj obawy wyżéj 60 M. A. i to, jak dowiódł Kuttner, nawet przy operacyjach w jamie noso gardzielowéj, a więc w pobliżu centrów mózgowych. Naturalnie, że przy takich silnych strumieniach efekt ich, t. j. szybkość niszczenia tkanek, następuje daleko prędzéj, niż przy strumieniach słabszych. Czas więc kuracyi, względnie ilość posiedzeń, w wielu razach skrócić sią daje.

Bateryje elektryczne i narzędzia pomocnicze.

Przy wyborze bateryi stałéj, potrzebnéj do elektrolizy, należy uwzględnić następujące punkty: 1) jaka ma być jéj maksymalna siła, czyli natężenie prądu, 2) jak często bateryja ma być użytą, 3) czy ma być przenośną czy stałą.

Siła bateryi, jak wiadomo, zależy od ilości i jakości składających ją elementów. Bateryje z 5—10 elementów dają maksymalne natężenie 10—25 M. A. 20 elementów

daje 50—60 M. A., 30 elementów 100—150 M. A, 40 elementów 150—250 M. A.

Ponieważ jednak wiadomą jest rzeczą, że w używanych bateryjach natężenie prądu słabnie w skutek osadzania się na płytach soli, powstałych z rozkładu płynów w elemenmencie zawartych, zatem należy zawsze wybierać bateryję, dającą więcéj M. A., niż w danym przypadku potrzeba, aby nie doznać zawodu.

Jeżeli bateryja ma być często i długo użytą, należy wybierać elementa typu Leclanché, które blizko pół roku bez zmiany płynów pozostać mogą. Elementa Schalla z Erlangen, silnie dopolaryzują, dają stałe natężenie prądu, posiadają znaczną siłę elektromotoryczną E = 1,5 V, przy małym zewnętrzym oporze (W_i = 0,3 Ω), a więc już przy małéj ilości elementów dają duże natężenie strumienia. Pomimo to są jednak niedogodne, a to z dwóch względów: 1° są drogie, 2° napełnienia ich, w razie wyczepania strumienia, dokonywa tylko sam wynalazca. Elementa te składają się z pręta cynku i drutu srebrnego, przylutowanego do chlorku srebra, otoczonego płaszczem z azbestu. Elementa zamknięte są szczelnie za pomocą krążka ebonitu i gumowego pierścienia. Wyrabia je firma Reiniger, Gebbert i Schall w Erlandze.

Elementa Gaiffa o chlorku srebra wyczerpują się zbyt szybko, nie zasługują więc na polecenie; to samo da się powiedzieć o modyfikacyi elementów Daniela, podanéj przez Siemensa, — Halskego (E = 1,02; W_i = 10 Ω). Dają one prąd stały, jednak z powodu wielkości elementów mniéj są dogodne. Elementy Bunsena, znane wszystkim, używane w tak zwanéj Stöhrerowskiéj bateryi, zajmują mało miejsca, działanie ich jest dość stałe, natężenie prądu znaczne, nastawianie łatwe i mało kosztowne. Bateryja ta, jak wiadomo, opatrzona przyrządem do podnoszenia szklanek z płynem (rozcieńczony kwas siarczany 1:12 i niewielka ilość dwusiarczanu rtęci) jest niezbyt ciężką, posiada komutator i jedną tylko ma wadę, t. j. że pozwala włączać naraz nie mniéj niż dwa elementy. Niedogodność tę usunąć łatwo, włączając w jéj obwód rheostat metalowy lub grafitowy. Zaletą natomiast jest, że może być użytą zarówno do galwanizacyi, do elektrolizy a nawet do światła elektrycznego, przy lampkach żarowych o małym oporze (30 elementów rozzarza lampkę Edisona o napięciu 10 V do białości).

Elementa Grenetta złożone z węgla, cynku i kwasu chromowego, dają z początku strumień bardzo silny (E = 2; W_i = 0,016 Ω). Strumień ten jednak z powodu polaryzacyi płyt bardzo szybko się wyczerpuje. Płyn, wskutek żywego procesu chemicznego dość szybko słabnie; węgiel inkrustuje się solami chromowemi. Prawie wszystkie elementy, wchodzące w skład bateryj używanych do elektrolizy, posiadają naczynia szklane lub kauczukowe o zbyt małéj zawartości, co również przyczynia się do nietrwałego ich działania. Do tego rodzaju typu należą: bateryja Hirschmanna, względnie droga, i bateryja Bradego (z Wrocławia) ze wszystkich prawie najtańsza, o niestałem jednak działaniu.

Przy wyborze elementów do elektrolizy zależy nam nie na wielkości elementów, lecz na ich ilości, mamy bowiem do zwalczenia duże bardzo opory ciała ludzkiego (wynoszące około 6000 Ω), przeciwnie w bateryi galwanokaustycznéj, gdzie opór zewnętrzny jest niewielki (kauter lub drut platynowy) uzyskujemy odpowiednią siłę prądu tylko za pomocą dużych elementów t. j. o dużych płytach, a małym wewnętrznym oporze.

Siła elektromotoryczna elementów stałych zależy wogóle nie od wielkości płyt, lecz od ich natury. Przekonano się, że cynk i platyna, zanurzone w naczyniu napełnionem rozcieńczonym kwasem siarczanym, dają największe napięcie elektryczności, przyczem cynk staje się elektroujemnym, platyna elektrododatnią. Połączywszy obydwie płyty za pomocą metalowego drutu, czyli zamknąwszy strumień, mamy tak zwany galwaniczny element, w którym elektryczność od platyny płynie do cynku. Gdy w elemencie strumień z metalu przechodzi do płynu, pojawia się tak zwana polaryzacyja. W elemencie złożonym n. p. z cynku i miedzi cząsteczka wody połączona z kwasem, ulega rozkładowi. przyczem miedź pokrywa się wodorem, cynk tlenem. Ponieważ wodór jest silnie elektrododatni, tlen zaś elektroujemny, to w kierunku od H do O powstaje nowy strumień, tak zwany strumień polaryzacyjny. Kierunek tego strumienia jest wręcz przeciwny kierunkowi strumienia głównego i osłabia jego siłę. Aby przeszkodzić téj polaryzacyi, wprowadzamy pomiędzy dwa metale takie substancyje, które przez swe do niego powinowactwo łączą się z wodorem. Są to tak zwane elementa o działaniu stałem. Do nich należą elementa Daniela, Leclanché i t. p.

Wiadomo, że podług prawa Ohma: $J = \frac{E}{W}$, to jest natężenie prądu zmienia się proporcyjonalnie do siły elektrycznéj i odwrotnie proporcyjonalnie do oporu obwodu.

Dla pojedńczych części składowych przytoczonego wzoru Ohma, kongres elektrotechników, odbyty w Paryżu w roku 1880, wprowadził tak zwane jednostki praktyczne czyli absolutne.

Dla siły elektomotorycznéj E przyjęto jako jednostkę 1 Volt (V).

1 V = 0,9 siły elektr. mot. 1 elementu Daniela, dokładniéj 1 Daniel = 1,124 V.

Jako jednostkę oporu przyjęto jeden Ohm (Ω), czyli opór jaki daje słup rtęci, mający 1 mm □ w przecięciu i 106 ctm. długości (Ohm legal).

Jako jednostkę natężenia strumienia przyjęto 1 Ampère, t. j. prąd wytworzony przez 1 Volt przy oporze 1 Ω, a zatem 1 Ampère $= \frac{V}{\Omega}$.

Przy zastosowaniu elektryczności w medycynie zgodzono się mierzyć strumienie podług milliamperów (M. A), tj. 0,001 Ampèra.

Volt i Ampère stanowią więc dla nas najważniejsze jednostki elektrycze. Volt jest miarą dla napięcia elektryczności na elektrodach, Ampère dla natężenia strumienia.

Dla łatwiejszego zrozumienia różnic tych pojęć objaśnimy je następującym przykładem. Porównajmy centralną stacyję elektryczną z wodociągiem, którego rezerwoar położony jest o 20 metrów powyżéj rury odpływowéj, o danem przecięciu. Z rury téj wypływa przy ciśnianiu 20 m. pewna ilość wody, w danéj jednostce czasu. Jeżeli ciśnienie powiększymy. t. j. podniesiemy rezerwoar do 40 m, ilość wody przepływającéj przez daną rurę w przybliżeniu się podwoi. — Podobne stosunki zachodzą i w centralnéj stacyi elektrycznéj. Ciśnieniu wody odpowiada Volt. I tak przy 100 V w jednost-

ce czasu przez przewodnik o danem przecięciu przepływa pewna ilość elektryczności.

Jeżeli stacyja wytwarza 200 V., przez przewodnik przepłynie ilość elektryczności dwa razy większa.

Tak jak Volt jest miarą napięcia, tak Ampere jest miarą dla ilości strumienia. Dla ilości elektryczności przyjęto jako miarę tak zwany Coulomb. Jest to ilość elektryczności, która się wytwarza, gdy 1 Ampere przepływa przez przewodnik w jednéj sekundzie czasu.

W elektrotechnice liczą jednakże podług Ampereów w taki sposób, że uwzględniają czas, w przeciągu którego przepływa dana ilość Ampereów; jednostkę taką nazwano godzino-Ampereem.

1 Godzino-Ampere = 3600 Coulombów.

Podane tu zasady mierzenia strumieni elektrycznych ułatwią nam zrozumienie przyrządów mierniczych, t. j. galwanometrów, czyli milliampereometrów, służących do mierzenia jednostek praktycznych.

Od roku 1881 użycie ich przy stosowaniu strumieni stałych jest do pewnego stopnia obowiązkowem.

Nie trzeba się jednak łudzić, żeby, jak to już wspomniałem, dozowanie strumienia elektrycznego w medycynie było matematycznie ścisłem. Jakie tu zachodzą błędy i od czego zależą, rozbierzemy w innem miejscu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. O wynikach osiągniętych za pomocą własnéj metody resekcyjnéj na stopie

podał

Prof. Dr. A. Obaliński.

Na drugim Zjeździe chirurgów polskich opisałem i okazałem na trupie nową metodę odsłonięcia kości stępu za pomocą cięcia podłużnego i wykazałem zalety tejże, polegające na możności dokładnego zbadania kości śródstopia i stępu, jakoteż i na tem, że nie przecina się ważnych nerwów, tętnic, a przedewszystkiem ścięgien i mięśni w poprzek, jak się to dzieje w innych ku temu celowi podanych metodach.

Wywodów tych moich nie mogłem podówczas poprzeć jeszcze doświadczeniami zdobytemi na odpowiednich chorych[1]), gdy jednak w ciągu ostatnich 15 miesięcy nadarzyła mi się kilkakrotnie do tego sposobność, pospieszam z ogłoszeniem operowanych przezemnie przypadków, a to tembardziéj, ile że próby te zezwoliły na rozciągnięcie wskazań dla téj metody, nawet na takie przypadki, o których przedtem nawet nie myślałem, żeby do niéj mogły się nadawać.

1) Maryja G., lat 25, dobrze odżywiona i zbudowana okazuje znaczny obrzęk stopy lewéj z licznemi przetokami prowadzącemi do rozmiękłych kości stępu. Uważając przypadek ten za odpowiedni, wykonałem cięcie podłużne i usunąłem kości: czółenkowatą, sześćcienną, klinową pierwszą i drugą i po połowie kości śródstopia trzeciéj i czwartéj. Początkowo rana goiła się bardzo dobrze, nawet zdawało się, że zagoi się *per primam*, dopiero późniéj zaczęła stopa na nowo brzęknąć, pokazało się ropienie a w końcu przekonano się, że proces pierwotny zajął a raczéj tkwił także w kości skokowéj i w stawie górnym. Usunięto stopę za pomocą amputacyi Pirogowa, poczem wkrótce rana się zagoiła.

[1]) Jak to wyszczególniłem w artykułach zamieszczonych w „Przeglądzie Lek.“ Nr. 38 z r. 1890 i w „Centralblatt für Chirurgie“ Nr. 43 z r. 1890.

2) Mendel T., lat 14. Cierpi z powodu bólów w stopie prawéj od lat dwóch, a od kilku miesięcy nie może chodzić. Obrzęk tejże jednostajny od kostek aż do palców, dwie przetoki. 23/VII 1890 wykonano cięcie podłużne i wyjęto: większą część kości śródstopia piątéj, wszystkie kości klinowe, kość sześćścienną, czółenkowatą i przednią część k. piętowéj. Kształt stopy po operacyi bardzo ładny, lecz od trzeciego dnia gorączka, któréj przyczyną było ropienie w głębi jamy pooperacyjnéj.

Dnia 5/VIII 1890 wykonano amputacyję, przyczem się pokazało, że zajętą była i kość skokowa, co było powodem uporczywego ropienia.

3) Władysław M., lat 20, chory na stopę lewą od siedmiu miesięcy. Chodzi z wielką trudnością o kulach. Obrzęk ograniczony tylko do grzbietu stopy w promieniu kilku ctm. dookoła małéj przetoki prowadzącéj do rozmiękłéj kości. Za pomocą cięcia podłużnego usunąłem kości: klinowe zewnętrzną i środkową oraz podstawę kości śródstopowéj czwartéj; inne kości obejrzano i zbadano dokładnie i wydały się podówczas zdrowemi. Rana zewnętrzna zagoiła się *per primam* a pozostała po wyjęciu kości jama potrzebowała do wypełnienia się zdrowemi granulacyjami sześciu tygodni, po którym to czasie uważałem pacyjenta za wyleczonego, rana bowiem była zabliźnioną, a kształt stopy i ruchomość stawów prawie nie różniąca się od normalnéj. Chorego tego przedstawiłem w krak. Tow. lek. na posiedzeniu grudniowem 1890 r. wykazując wyższość tego postępowania nad innemi z tem tylko zastrzeżeniem, że rzadko kiedy mogłoby być zastosowanem a mianowicie z tego powodu, iż najczęściéj obok głównéj siedziby sprawy w kościach stępu i śródstopia bywają zajęte także i kości stawu skokowego, do których wyjęcia już ta metoda nadawać się nie może i z téj przyczyny częściéj się może zdecydujemy na inne metody jak n. p. Hütera lub Bardenheuera. Jeszcze bardziéj uczułem ten niedostatek, gdy w ciągu najbliższych kilku tygodni zdecydowałem się w dopiero co omówionym przypadku spróbować limfy Kocha (a był to podówczas szczyt rozgłosu o skuteczności tejże). Zagojona już stopa zaczęła na nowo brzęknąć, zaczerwieniła się, następnie potworzyły się przetoki do tego stopnia, że w trzy miesiące późniéj (23/IV 1891) wykonać musiałem amputacyję stopy podług Pirogowa.

Wtenczas to zacząłem przemyśliwać, czy nie dałoby się cięcia tak poprowadzić, żeby umożliwić i wydobycie większych kości w staw skokowy wchodzących; a usiłowania moje uwieńczył dobry skutek najprzód przy próbie na zwłokach a wreszcie i na żywym człowieku.

Przedłużyłem bowiem cięcie dawne na podeszwie przez piętę w jéj osi podłużnéj aż na kilka centimetrów powyżéj uczepienia się ścięgna Achillowego do guzowatości kości piętowéj, następnie przepiłowałem tę ostatnią w tym samym kierunku przez całą jéj grubość, przez co otrzymałem całą stopę rozdzieloną na dwa kostno-mięśniowe płaty, między któremi w głębi sterczała kość skokowa i obiedwie kostki. Tym sposobem możebnem więc było usuwać nietylko kości stępu lecz także i samego skoku, rozchodziło się jeszcze o to, jaki to wpływ wywrze na kształt i funkcyje stopy u żywego człowieka, osobliwie po zabliźnieniu się rany.

Na sposobność obserwowania rozszerzonéj téj metody na chorych nie czekałem długo i mogę obecnie zdać sprawę z dwóch przebiegów zupełnie ukończonych.

4) Helena M., lat 20, cierpi na stopę prawą od lat czterech; przed dwoma laty była nań operowaną, poczem chodziła dosyć dobrze, pomimo że bóle się w stopie utrzymywały. Od 4 miesięcy i bóle się wzmogły i stopa obrzękła, że już wcale chodzić nie może. Ruchy czynne w stopie zniesione, bierne wykonalne, lecz bolesne, przyczem czuć chrupotanie w głębi stawu.

12/VI 1891 wykonano operacyję, wśród któréj usunięto następujące kości: czółenkową, sześćścienną, główkę kości skokowéj, średnią i wewnętrzną kość klinową a nadto wyskrobano luźne ogniska w kości piętowéj i pozostałéj części kości skokowéj. Po zatamowaniu krwotoku zespojono naj-

przód obie połowy pięty za pomocą szwu płytkowego na wskroś przebiegającego, a następnie resztę stopy całym szeregiem szwów węzełkowych. Dla odpływu cieczy zostawiono w dwóch miejscach otworki wypełnione gazą jodoformową. Rana zewnętrzna zgoiła się *per primam*, tylko z otworków utrzymywało się sączenie przez 5—6 tygodni, po którym to czasie zaczęła pacyjentka spuszczać nogę z łóżka a nawet na nią następować. Kształt nogi jest niewiele różniącym się od prawidłowego, uderza tylko lekkie zakrzywienie stopy ku wewnątrz *(p. varus)*, co wcale dziwić nas nie powinno, wobec tak znacznego ubytku kości, jak to powyżej wspomniano. Blizna jest linijowa i mało widoczna, czucie i ruchomość dobrze utrzymane. Bolesność prawie żadna. Obecnie (3 miesiące po operacyi) chodzi po sali i przygotowuje się do wyjścia ze szpitala[1]).

5) W podobny sposób postąpiłem i w następującym przypadku u 22-letniego dobrze odżywionego parobczaka Stanisława P., który od sześciu miesięcy zaniemógł na stopę lewą a od czterech wcale na niéj postąpić nie może. 19/VI wydobyłem po rozcięciu stopy mojem cięciem i przepiłowaniu kości piętowéj: całą kość sześćścienną i całą skokową, nadto wyłyżeczkowałem ogniska rozmiękłe z kostek i z obu przepiłowanych połów kości piętowéj; inne kości okazały się zdrowemi. — Z przebiegu należy zanotować, że przez pierwsze 24 godzin było przesączanie się krwi dosyć znaczne, to sprowadziło nagromadzenie się tejże nadmierne w jamie powstałéj po wyjęciu chorych kości, ztąd znaczne bóle i prawdopodobnie zgorzel ostatniego członka 4-go palca u operowanéj stopy. Mimo to cała rana zewnętrzna zagoiła się *per primam*, członek nekrotyczny oddzielił się do 4 tygodni a równocześnie wypełniła się ziarniną jama pooperacyjna tak, że chory ten, chociaż późniéj operowany niż poprzednia pacyjentka, wcześniéj wyszedł do domu. Kształt stopy dosyć dobry: nieco grubsza niż prawidłowa, blizna mało widoczna, ruchy nieznacznie upośledzone, bólów żadnych, z każdym dniem chód coraz lepszy.

6) Prawie równocześnie z dwoma poprzedniemi przypadkami zgłosiła się 17 letnia Katarzyna H., która opowiada, że od lat ośmiu cierpi na stopę prawą, skutkiem przebicia tejże kolcem drewnianym; od pół roku ból się wzmaga a od miesiąca wcale chodzić nie może. Przy badaniu widać jednostajny obrzęk śródstopia, tamże na grzbiecie przetoka prowadząca do kości, ucisk tak na śródstopiu jak i w okolicy stawu Choparta bolesny; ucisk na kostki i na piętę niebolesny. D. 30/V 1891 wykonałem moje pierwotne t. j. mniejsze cięcie podłużne stopy i wydobyłem całą kość sześćścienną, zewnętrzną klinową i podstawę drugiéj kości śródstopowéj; inne kości w cięciu widoczne okazały się zdrowemi. Nadto wykonano jeszcze tenotomiję ścięgna zginacza palucha, poczem gojenie odbywało się prawidłowo tak, że chora zaczęła używać stopy po 6 tygodniach. Kształt stopy prawie niezmieniony, funkcyje dobre.

Te sześć przypadków pouczyły mnie w następujących punktach:

I. Że pierwsze moje t. j. mniejsze cięcie podłużne na stopie mało kiedy może być w celach leczniczych użytem, albowiem rzadko się wydarza, żeby sprawa gruźlicza (gdyż o tę przeważnie tutaj się rozchodzi) ograniczała się do samych drobnych kości stępu.

II. Cięcie to daje się z łatwością zamienić na duże cięcie stopy podłużne, z czego wynika jasno, że w każdym przypadku niepewnym należy wykonać cięcie małe, które dopiero w razie potrzeby zamieniać się winno na cięcie duże. Tu nadmienić mi wypada, że z cięcia małego możemy ocenić, jak się zachowują obydwie duże kości stępu, t. j. kość skokowa i kość piętowa. W każdym jednak z góry podejrzanym przypadku radzę wykonać odrazu cięcie duże, gdyż daje ono nam sposobność przekonania się o ukrytych ogniskach gruźliczych, których ani dotykiem ani sondą wykazać nie można.

III. Tak jedno jak i drugie cięcie dają kształt stopy bardzo dobry, w każdym razie lepszy niż poprzednia metoda resekcyjna Hütera, która jedna może równać się z moją metodą co do przystępu do stawów stopowych i dobrego przeglądu wszystkich ich kości.

IV. Że z tych sześciu przypadków tylko w trzech otrzymałem rezultat pożądany, nie jest winną metoda, tylko sama sprawa, dla któréj jéj użyto. W pierwszych bowiem dwóch przypadkach była ona na większéj przestrzeni rozszerzoną, niż podówczas przezemnie podana metoda (mniejsze cięcie podłużne) dosięgnąć mogła; w trzecim zaś wywołały wstrzykiwania tuberkuliny na nowo wybuch sprawy pozornie operacyją usuniętéj. Ogólnie wiadomą jest rzeczą, jak sprawa gruźlicza w kościach i w ogóle jest uporczywą i trudną do wyleczenia nawet tam, gdzie mamy do czynienia ze stawami złożonemi z większych kości i w mniejszéj liczbie, jak n. p. w stawie kolanowym; metody tutaj używane usuwają ogniska chorobowe o wiele dokładniéj i zdawać się powinno doszczętnie, mimo to jednak spotykamy się tam nierzadko z nawrotami choroby tak, że niektórzy autorowie nawet przeciw resekcyi kolana a za częstszem amputowaniem powyżéj w udzie występują. Cóż dopiero mówić o stawach złożonych z całych szeregów drobnych kości i pomiędzy niemi ukrytych zaułków.

Jestem szczerym zwolennikiem resekcyj stawów i wykonywam je wszędzie, gdzie jeszcze jaka taka tli nadzieja utrzymania odnogi a jak statystyczny wykaz (1874—1889) z mego oddziału wykazuje[1]), nie mam powodu być niezadowolonym z rezultatów w ten sposób osiągniętych. Na 69 bowiem resekcyj kolana wyzdrowiało 45 = 65·2%, na 16 resekcyj biodra wyzdrowiało 8 = 50%, na 10 resekcyj stopy 8 = 80% a na 18 resekcyj łokcia wyzdrowiało 17 = 89·5%, a rezultaty od 1889—1891 są jeszcze korzystniejsze. W tych ostatnich dwóch latach wykonałem równocześnie z poprzód opisanemi przypadkami operowanemi za pomocą cięcia podłużnego, jeszcze w następujący sposób resekcyje na stopie: 1 raz podług Bardenheuera-Linka, 2 razy według Kochera i 4 razy podług Hütera i z wyjątkiem jednéj resekcyi według Hütera, po któréj przystąpić musiałem do amputacyi, wszystkie się zagoiły prędzéj lub późniéj i stopy w ten sposób utrzymane funkcyjonowały dosyć dobrze (raz po res. Kochera neuralgija). Z tego widzimy, że właściwie metoda operacyjna nie ma wpływu na sam proces chorobowy, jeżeli zatem *caeteris paribus* wybierać mam pomiędzy metodami, toć naturalnie zgodzę się chętniej na taką, która mi postać stopy najwięcej zbliżoną do prawidłowej pozostawia. Pod tym względem będzie zawsze przodowało moje cięcie stopy podłużne, chociaż wyznać muszę szczerze, że nie mam powodu do uskarżania się, jakoby stopy resekowane innemi metodami źle funkcyjonowały; nawet owe najbardziej zniekształcone po resekcyi sposobem Władymirowa-Mikulicza służyły chorym do użytku wcale dobrze.

Ta ostatnia metoda daje i w gruźlicy kości stopy nie złe rezultaty; ja sam obserwuję już przez dłuższy czas kilka

[1]) Była przedstawiona na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 21/X 1891.

[1]) Lachowicz: „O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów". Kraków 1891.

tego rodzaju własnych przypadków, w których operowani dobrze i śmiało chodzą; sądzę jednak, że ona nie może współzawodniczyć z moją metodą, gdyż dla każdej z nich wytkniętym jest inny zakres. Gdzie bowiem obok zajęcia kości w stawie skokowym zniszczone są części miękkie na pięcie, tam wchodzi w swoje prawa operacyja Mikulicza-Władymirowa, gdzie zaś części miękkie tak na pięcie, jak wogóle mniej są zniszczone, tam radziłbym użyć mego cięcia; pozostawienie bowiem stopy z palcami w mniej lub więcej naturalnéj pozycyi uważam za znaczną zaletę metody, choćby nawet wyrobić się miała niejaka sztywność w nowym stawie.

Że nie zawsze przetoki na pięcie się znajdujące świadczą o znacznem zniszczeniu części miękkich pod skórą położonych, przekonał mnie najlepiej najświeższy mój przypadek u 22 letniéj dziewczyny, cierpiącéj od dłuższego czasu na próchnienie kości w stawie skokowym a u któréj przed dwoma tygodniami wykonałem z powodu licznych przetok na pięcie operacyję podług metody Mikulicza-Władymirowa. Rana zagoiła się *per primam* i stopa będzie dobrą do użytku; mimo to robiłem sobie po dokonanéj operacyi wyrzuty, że nie wykonałem tutaj mego większego cięcia podłużnego. Obejrzenie bowiem późniejsze części miękkich na pięcie i samej kości piętowéj okazało, że ta ostatnia w znacznéj części byłaby się dała utrzymać a z nią razem i naturalny kształt stopy.

Przeto przestrzegam przed pośpiechem, i radzę dokładnego zbadania osobliwie po znieczuleniu przed operacyją, bo jeszcze raz powtarzam, że utrzymany kształt członka naturalny, to korzyść nadzwyczajna. — Do rozstrzygnięcia polecam cięcia próbne i to od przodu w razie wyboru między moją metodą a przez Pirogowa podaną, lub od tyłu, gdyby się rozchodziło o metodę Mikulicza.

V. Moje cięcie podłużne nie powinno dawać teoretycznie biorąc sposobności do powstawania następowych nerwobólów lub porażeń w sferze czucia, jak cięcia poprzeczne. W żadnym z moich sześciu przypadków podłużnéj resekcyi stopy nie postrzegałem czegoś podobnego, gdy na nie o wiele większą liczbę poprzecznych resekcyj przezemnie dokonanych zauważyłem nerwobóle po resekcyi stopy sposobem Kochera a po operacyi sposobem Władymirowa-Mikulicza spostrzegałem raz nerwobóle a raz porażenie w sferze czucia; oprócz tego radziła się u mnie raz pacyjentka z powodu nieznośnych nerwobólów, które pozostały po resekcyi stopy sposobem Hütera, gdzieindziej dokonanéj i zresztą bardzo dobrze zagojonéj.

VI. Czy powstaje zgorzel poniżéj poprzecznego cięcia resekcyjnego na stopie, nie miałem sposobności spostrzegania na moich przypadkach ani też z dotychczasowéj literatury, jedynie wiem o jednym przypadku z ustnego podania przez jednego z kolegów.

Wobec zaś tego, że w 5-tym moim przypadku przyszło do zgorzeli końca palca czwartego, możnaby fakt ten podnieść jako zarzut przeciw mojéj metodzie. Tak jednak nie jest. Pominąwszy bowiem tę okoliczność, że tutaj przyszło do zgorzeli tylko z powodu ucisku wywartego przez krew nagromadzoną w jamie między płatami, to już samo teoretyczne rozumowanie przeciw temu przemawiać musi.

W końcu dodam, że podczas spisywania téj rozprawki nadarzyła mi się sposobność zastosowania cięcia podłużnego jeszcze po trzykroć; w jednym przypadku musiałem przystąpić do amputacyi w podudziu, z powodu za daleko posuniętéj sprawy gruźliczéj w kościach, dwa zaś inne wykazały w czasie operacyi i, jakkolwiek jeszcze nie wyleczone, lecz w swym dotychczasowym przebiegu takie stosunki, że i one zezwalają na zupełne stwierdzenie powyżéj wymienionych zalet omawianéj metody.

III. Kilka słów o dzisiejszym stanie nauki o lokalizacyi.

Podał
Prof. Dr. N. Cybulski.

Panowie! Szczycimy się nie bez słuszności dzisiejszym stanem wiedzy przyrodniczéj, któréj największe zdobycze zostały dokonane prawie w naszych oczach, w bieżącem stuleciu. W ostatnich 30—40 latach rzucono również jasne światło na cały szereg spraw bijologicznych, tak w ustrojach niższych, jako też najbardziéj skomplikowanych, jakim jest ustrój człowieka. Fizyjologia nerwów, rdzenia, trawienia, krążenia krwi rozporządza dziś takim ogromem spostrzeżeń i faktów ujętych w pewne stałe prawa, że działy te do pewnego stopnia mogą być postawione na równi z innemi naukami ścisłemi.

Jednakże pomimo tego postępu pozostaje zawsze jeszcze cały szereg zjawisk w ustroju zwierzęcym tak trudnych do badania i tak złożonych, że wszystkie nasze najdokładniejsze sposoby i metody nie mogą ich zgłębić i wyświetlić, lecz tylko zwiększają ilość tych manowców, po których zwykle nauka błądzi, nim dojdzie do rzeczywistéj prawdy naukowéj. Do takich zawiłych, nie dających się objąć jakąś mniéj lub więcéj odpowiadającą faktom hipotezą, należą czynności mózgu, a w szczególności kory mózgowéj. Lecz nietylko charakter samych czynności jest nam mało znany, nie mamy nawet dokładnego wyobrażenia o tem, gdzie one się odbywają.

Gdy z początkiem bieżącego stulecia Gall wygłosił swoją teoryję frenologiczną, na razie znalazł wielu adeptów, lecz bardzo prędko fakta naukowe i badania eksperymentalne rozproszyły mrzonki frenologiczne i sama teoryja została tak zdyskredytowaną, że potrzeba było wielkiéj śmiałości w swoim czasie, ażeby wystąpić z teoryjami, mającemi niejakie tylko podobieństwo do teoryi Galla. Jednakże powoli nagromadzały się fakta i spostrzeżenia, które zmuszały uczonych do przypuszczenia, że w układzie nerwowym, podobnie jak w innych narządach, istnieje rzeczywisty podział czynności.

Tak z jednéj strony badania układu nerwowego, a w szczególności badania odruchów rdzenia, zwojów sympatycznych, oraz rdzenia przedłużonego, coraz więcéj dostarczały faktów, z których wynikało, że w gruncie rzeczy każda funkcyja odruchowa ma sobie właściwy ośrodek, lub grupę ośrodków w téj lub innéj części układu nerwowego, i że, skoro tylko włókna dośrodkowe, ośrodki same, oraz ich włókna odśrodkowe są nieuszkodzone odruch może nastąpić, chociażby ta część układu nerwowego była zupełnie z ustroju wycięta, natomiast zawsze znika, skoro zniszczymy okolicę, w któréj ośrodki się znajdują. W ten sposób w rdzeniu lędźwiowym wykazano ośrodki dla ruchów pęcherza i aktu defekacyi w rdzeniu przedłużonym, dla ruchów oddechowych, wymiotowych, ośrodki tamujące dla serca i n. inne; a nadto spostrzeżenia na ptakach, którym odcinano głowę i podtrzymywano sztuczne oddychanie przez czas dłuższy, stwierdziły, że nawet ruchy skojarzone skrzydeł lub nóg mogą być zupełnie prawi-

dłowo wykonywane z udziałem samego tylko rdzenia; każdemu n. p. znany jest fakt, że kogut po odcięciu głowy może przebiegać pewną przestrzeń, jakby mu się nic nie stało. Wszystkie te fakta najzupełniéj przekonywały, że czynności dolnych odcinków osi mózgowordzennéj zostają wykonywane za pomocą specyjalnych grup ośrodków nerwowych, rozłożonych na rozmaitych wysokościach, słowem dowodziły, że czynności te w rdzeniu i rdzeniu przedłużonym są zlokalizowane, t. j. że tylko pewne części zdolne są do wykonywania pewnych czynności.

Z drugiéj strony zestawienie materyjałów sekcyjnych z objawami za życia u osób dotkniętych cierpieniem, którego źródłem były zmiany mózgowe, jakkolwiek nie zawsze, lecz w bardzo wielu przypadkach stwierdzały, to samo dla pewnych okolic kory mózgowéj. Dla przykładu wspomnę tu tylko znane wszystkim Panom spostrzeżenia Broki, że afazyja, t. j. niemożność wymawiania wyrazów, zawsze jest następstwem uszkodzenia trzeciego zwoju *(gyrus)* czołowego mózgu strony lewéj. Podobne fakta zostały dostrzeżone przez licznych neuropatologów także względem innych okolic, jak n. p. porażenie połowicze po drugiéj stronie w skutek uszkodzenia, lub spraw chorobowych miejscowych w okolicy *sulcus centralis.* Fakta te jednak były wygłaszane dość nieśmiało, dopóki w r. 1870 Hitzig i Fritsch nie ogłosili swoich spostrzeżeń, z których wynikało, że u psa i małp, a także u innych zwierząt, drażnienie bezpośrednie pewnych okolic kory mózgowéj, a mianowicie u psa okolicy *sulcus cruciatus,* u małpy okolicy *sulcus centralis s. sygmoideus* wywołuje skurcz pewnych, zawsze tych samych mięśni kończyn, tułowia lub twarzy. Spostrzeżenia te obudziły ogromne zainteresowanie; zaczęto powtarzać doświadczenia we wszystkich ogniskach naukowych. W N. Jorku została wybraną osobno komisyja z łona towarzystwa neurologicznego, która doświadczenia te w zupełności stwierdziła; stwierdził je także Dr. Ferrier w Anglii, a następnie cały szereg innych autorów, jak Corvill i Duret we Francyi, Albertoni, Michieli, Luciani i Tamburini we Włoszech. Dzięki tym badaniom w krótkim czasie ułożono mapę okolic kory mózgowéj, których drażnienie bezpośrednie wywołuje pewne określone ruchy.

Ponieważ w tych samych okolicach znaleziono w korze mózgowéj osobne duże komórki nerwowe obok innych, które napotykamy we wszystkich innych częściach mózgu, ponieważ badania mikroskopowe i eksperymentalne wykazały, że z okolic tych odchodzą t. zw. sznury piramidalne, zaczęto więc zaraz uważać je za miejsca, w których powstają impulsy do ruchów dowolnych, a względnie wyobrażenia tych ruchów, i nazwano okolice te psychomotorycznemi.

Gdy z jednéj strony na rozmaity sposób powtarzano doświadczenia Hitziga i Fritscha, z drugiéj ci sami autorowie, a w części inni przeprowadzali nowy szereg doświadczeń, mający na celu stwierdzenie tego samego faktu inną drogą; w doświadczeniach tych wycinano okolice motoryczne kory mózgowéj i starano się obserwować zmiany w zachowaniu się zwierząt operowanych. Pierwsze doświadczenia jak się zdawało niewątpliwie stwierdzały przypuszczenie, że z okolic t. zw. psychomotorycznych biorą początek impulsy do ruchów dowolnych, albowiem po wycięciu lub uszkodzeniu kory mózgowéj w tych okolicach spostrzegano niedowład w odpowiednich mięśniach, lub całych kończynach po stronie przeciwnéj, a niekiedy nawet niemożność wykonywania ruchów prawidłowych, jak n. p. u małpy. Lecz obserwacyja w ten sposób operowanych zwierząt wykazała jeszcze nieco więcéj; zauważono bowiem, że obok zaburzeń w ruchach zwierzęta operowane przedstawiają także często zaburzenia w sferze czuć, które się również zmieniały zależnie od okolicy, która podlegała operacyi. Doświadczenia Ferriera, Munka i niektórych innych uczonych, jak również spostrzeżenia kliniczne na ludziach pozwoliły ułożyć, podobnie jak dla okolic ruchowych, mapy i dla sfer czuciowych, jakkolwiek mapa jednego autora nie zgadzała się często z mapą drugiego. Przytoczę tu tylko jako przykład, że gdy podług Munka okolica wzrokowa zajmuje płat potyliczny, słuchowa skalisty, okolica, w któréj powstają czucia dotyku, leży w płacie czołowym, Ferrier czucie wzrokowe lokalizuje, przynajmniéj u małpy, w zwoju kątowym, czucie dotykowe w *Gyrus Hippocampi* etc.

Fakty, które wskazywały na lokalizacyję funkcyi w korze mózgowéj, zarazem służyły stwierdzeniu hipotezy Meynerta, że kora mózgowa jest najdokładniejszem polem rzutu (projekcyi) naszéj powierzchni czuciowéj, t. j. że każde zakończenie nerwów czuciowych bądź w narządach zmysłowych, bądź w śród tkanek ustroju ma odpowiednią reprezentacyję w korze mózgowéj.

Badania histologiczne i anatomiczne mózgu i kory mózgowéj jeszcze wcześniéj dostarczyły dowodów, że wszystkie elementy istoty szaréj jednéj okolicy są mniéj lub więcéj ściśle związane za pomocą istoty białéj z podobnemi pierwiastkami drugiéj okolicy. W tych stosunkach widziano możność przenoszenia otrzymanych bezpośrednio w jednéj okolicy czuć za pomocą włókien t. zw. assocyacyjnych do innych po kolei, i wywoływania w nich odpowiednich stanów czynnych lub odbijania się za pomocą dróg piramidalnych na zewnątrz w postaci ruchów mięśni.

Doświadczenia z lokalizacyją ruchów i czuć na zwierzętach starano się skontrolować także na ludziach (Bartholow, Sciammani, a głównie Horsley); wynik doświadczeń był ten sam, przynajmniéj co do działania miejscowego podrażnień okolic ruchowych kory mózgowéj, które podobnie jak u zwierząt dawało ruchy mimowolne.

Gdy z jednéj strony teoryja lokalizacyi znajdowała coraz więcéj zwolenników, z drugiéj, jak zwykle, nie brakło także i przeciwników. Już w samym początku wystąpił Vulpian z twierdzeniem, że podczas bezpośredniego drażnienia kory mózgowéj podrażniamy właściwie nie ośrodki nerwowe, jak przypuszczali Fritsch i Hitzig, lecz włókna istoty białéj. Następnie Brown-Séquard, który stałość ruchów, otrzymanych w skutek podrażnienia pewnych okolic mózgu, uważa za dowód, że z powierzchni kory mózgowéj jak z każdéj innéj można wywołać ruchy odruchowe, i twierdzi, że w gruncie rzeczy cała kora mózgowa jest zdolna do wywołania ruchów podczas bezpośredniego jéj podrażnienia; jeżeli zaś nie zawsze je otrzymujemy, to tylko dla tego, że drażnienie w tych okolicach wywołuje zjawiska tamowania. Nakoniec Goltz i cały szereg jego uczniów wystąpili przeciw lokalizacyi z powodu, że udawało im się u psów nietylko usuwać samą korę mózgową w pewnych okolicach sfery motorycznéj, lecz nawet całą półkulę, a mimo tego nie dostrzegać żadnych wybitnych zmian po upływie pewnego czasu od operacyi, nietylko po téj, lecz nawet po stronie przeciwnéj. W skutek tego autorowie na mocy swoich doświadczeń przychodzą do wniosku, że lokalizacyja albo w ogóle nie istnieje, albo, jeżeli istnieje,

to tylko w zarysach grubych tak dla całych okolic powierzchni czuciowych, jakoteż dla całych okolic motorycznych, tém samém występują także przeciw hypotezie projekcyi.

Zresztą coraz dokładniejsze i na większą skalę przeprowadzane doświadczenia nawet wśród samych zwolenników sprawiły pewne zamięszanie. Z jednej strony przekonano się, że ilość mięśni biorących udział w skurczu podczas drażnienia téj lub innej okolicy ruchowej kory zależy od siły podniety; przy słabych podrażnieniach otrzymujemy skurcz tylko po stronie przeciwnéj, przy silniejszych także po tej samej stronie, a nawet nie tylko w jednej parze kończyn, lecz w obu, — jednėm słowem stwierdzono, że zależnie od siły podrażnienia jednéj i téj saméj okolicy ilość mięśni wprawionych w skurcz może być rozmaita. Z drugiej strony stwierdzono, że wypadanie funkcyi wskutek wycinania pewnych części mózgu także nie jest stałe — przynajmniej u zwierząt, — że one ustępują tylko na czas ograniczony, i po pewnym czasie znowu wracają. Przekonano się, że po wycięciu sfery motorycznéj dla przednich kończyn po upływie kilku tygodni nie można było wykazać najmniejszéj różnicy między zwierzęciem operowaném a nie operowaném. Również spostrzeżono znaczne polepszenie i pod względem czuć po wycięciu z jednéj strony pola czuciowego. Ponieważ wycięcie symetrycznej okolicy w drugiej półkuli u takich zwierząt pociągało za sobą wypadanie funkcyi nie tylko po stronie przeciwnéj, ale także po téj saméj, i zdaniem niektórych autorów było stałe, powstało więc przypuszczenie, że wycięte okolice jednej półkuli mogą być zastąpione przez okolice symetryczne drugiej. Oczywiście, że fakta te znacznie zmniejszały wartość teoryi lokalizacyi a podobnie jak doświadczenia przeciwników budziły pewne wątpliwości co do istnienia lokalizacyi w ogóle. Dopiero doświadczenia François Francka, stwierdzone także przez innych, pozwoliły wytłómaczyć ten powrót funkcyi po wycięciu okolic motorycznych po jednéj stronie bez ujmy dla teoryi lokalizacyi.

François Franck, posługując się metodą graficzną wykazał, że drażniąc bezpośrednio okolicę ruchową kory mózgowéj daleko łatwiéj się wywołuje sumowanie podrażnień, niż podczas drażnienia samej istoty białéj lub nerwów, następnie, że okres utajonego podrażnienia jest stosunkowo znacznie dłuższy, niż podczas drażnienia nerwów mięśniowych i że zawsze jest dłuższy dla skurczu po téj saméj stronie, niż po stronie przeciwnéj. Nadto stwierdził, że skurcz bilateralny można wywołać także po zniszczeniu ośrodków symetrycznych w korze mózgowéj, po przecięciu *Corpus callosum*, a nawet po przecięciu podłużnem mostu Varola. Na podstawie tych doświadczeń, François Franck sądzi, że sznury piramidalne przechodząc od kory mózgowéj z każdéj strony do rdzenia, przebiegają w białéj istocie rdzenia tylko do pewnej wysokości, gdzie wchodzą do istoty szaréj i tu się rozgałęziają, prawdopodobnie za pośrednictwem komórek nerwowych, dając jedne gałęzie wprost do mięśni po téj saméj stronie, drugie zaś przez środki symetryczne do strony drugiéj. W rzeczywistości więc jedna półkula zastępuje drugą lecz tylko za pośrednictwem połączeń w rdzeniu.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

J. Mikulicz i P. Michelson. *Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle.* Część I. w Berlinie A. Hirschwald 1891.

Każdy z nas wie, jak trudno nieraz rozpoznać rozmaite cierpienia jamy ustnéj i gardła, mianowicie jeżeli się rozchodzi o rzadsze przypadki. Ale i częściéj się zdarzające sprawiają nieraz nie małe trudności i dość przypomnieć, że nawet wielce doświadczony Langenbeck przyznał się pod koniec swego życia do kilku omyłek w rozpoznawaniu cierpień języka. Największe atoli trudności przedstawiają się w klinice, gdzie profesor ma uczniom przedstawić różnicę rozmaitych spraw chorobowych téj okolicy w danym przypadku. Nawet najbogatsze w materyał kliniki nie mają zwykle na zawołanie kilku różnych przypadków, żeby na żywym okazie przedstawić i objaśnić zachodzące różnice n. p. pomiędzy owrzodzeniem kiłowem, tuberkulicznem i rakowatem na języku. W takich przypadkach znakomite usługi odda nam atlas Mikulicza, bo uczeń jednem spojrzeniem na znakomite ryciny kolorowe pojmie lepiéj cechy zmian tych chorobowych, niż po najlepszem, długiem określaniu słowami. Ryciny są rzeczywiście świetne i dają po największéj części bardzo wierny obraz spraw chorobowych, jakie przedstawiają, a każdy przyzna, że to w téj okolicy zadanie arcytrudne. To też pod tym względem zarówno autorowie, którzy wybierali typowe i nieraz bardzo rzadkie okazy, jako też malarz i nakładca zasługują na największą pochwałę. Z tych rzadkich, a na rycinie wybornie oddanych cierpień, wymieniam tylko jako przykład *melanocarcinoma labii superioris* na tabl. IV fig 3. — przypadek, ktory Mikulicz jeszcze w czasie swego pobytu w Krakowie operował.

Dotyczas wyszła dopiero część pierwsza wspaniałego tego dzieła, obejmująca na 22 tablicach a w 65 rycinach wybitne okazy chorób warg, dziąseł, podniebienia, gardła i migdałów. Spodziewajmy się po znanej energii Mikulicza i nakładcy, że nie zbyt długo będziemy czekali na część drugą.

Jedną wadę — i to wielką — ma to ze wszech miar tak cenne dzieło, któréj niestety nie dało i nie da się usunąć: to jest bardzo wysoka cena, bo I. część sama kosztuje aż 40 marek, co naturalnie utrudnia niezmiernie nabycie dzieła.

To też czuję się w obowiązku podziękować kol. Mikuliczowi i za darowanie swego drogocennego i drogiego dzieła naszej klinice chirurgicznéj i za serdeczne słowa dedykacyi: „Klinice chirurgicznéj w Krakowie na pamiątkę spędzonych tam i wdzięcznie wspominanych lat 1882—1887 ofiaruje Mikulicz“.

Każdemu lekarzowi, kogo stać na taki wydatek, zalecić tylko możemy nabycie tego dzieła. *Prof. Rydygier.*

Patologija.

Jak leczyć powiększone skutkiem gruźlicy gruczoły chłonicowe.

A. Suchard lekarz w Lavey (solanka jodowa w Szwajcaryi) zauważył, że wycięcie powiększonych gruczołów chłonicowych skutkiem sprawy gruźliczéj, dziś powszechnie używane jako środek radykalny, wcale nie chroni od nawrotu choroby. Natomiast pozostawienie ich samym sobie i wystawienie ich na szkodliwości zewnętrzne, przyspieszające ich zropienie, jakkolwiek po dłuższym czasie i z pozostawieniem szpecącéj blizny leczy doszczętnie tę chorobę i chroni od nawrotów, tak częstych po radykalnéj operacyi. Stąd Suchard wysnuwa słuszny wniosek, żeby wyłuszczanie jako niezdolne do usunięcia doszczętnego przyczyny choroby, tj. prątków gruźliczych i tkanki choréj, zastąpić sposobem leczenia zbliżonym do naturalnego, a polegającym na wydaleniu powolnym tkanki choréj i prątków gruźliczych i wywołaniu zapalenia.

Do tego służą wstrzykiwania miąższowe nalewki jodowéj, wyciągu cykuty (Bazin), ciepłe okłady, tusze ciepłe,

mięsienie okolicy chorych gruczołów, elektryczność statyczna i galwaniczna. W przypadkach, gdzie nie zależy na jakości blizny, można czekać, aż sama ropa przebije skórę, lepiéj jednak tak w tym razie a szczególniéj, gdy rozchodzi się o nieznaczną i nieszpecącą bliznę przyspieszyć wydobycie się ropy na zewnątrz, co zaś uskutecznia się 1) przez wytworzenie kanału dla odpływu ropy termokauterem, lub galwanokauterem 2) założenie zawłoki z nitki jedwabnéj 3) użycie sposobu podanego i używanego z pomyślnym skutkiem przez A. Sucharda. Polega on na elektrolizie. Gruczoł wraz ze skórą unosi się od podstawy przez założenie naokoło pętli z drutu miedzianego dość silnie zaciśniętéj. Pętlę tę łączy się z biegunem dodatnim prądu galwanicznego o sile 15—20 miliamperów; elektrodę zaś ujemną, która jest zwykłym grubym drutem miedzianym, przesuwa się tam i napowrót po skórze pokrywającéj gruczoł. Gdy przy tém postępowaniu po kilku posiedzeniach utworzy się na skórze punkt czerwony, wówczas elektrodę ujemną zastępuje się cieniutką stalową igiełką, którą się stosuje na zaczerwienione miejsce i prąd wzmacnia się do 30 miliamperów. W miejscu, gdzie igła styka się z zaczerwienioną skórą, ta przybiera ciemną barwę i pokrywa się jakby białą pianą. Teraz bez oporu prawie wbija się igłę w głąb i trzyma jakiś czas w ranie w ten sposób powstałéj. Ból zazwyczaj nieznaczny, gdyby jednak był za silny, należy to postępowanie rozłożyć na dwa posiedzenia. Kilkakrotne zastosowanie igły przy równoczesnem posuwaniu téjże w głąb ku tkance okołogruczołowéj wytwarza otwarty kanał, przez który w krótkim czasie wychodzi zawartość zropiałego gruczołu, szczególniéj, gdy zropienie przyśpiesza się jednym ze sposobów wyżéj podanych. (*Semaine médicale* Nr. 58. 1891).

Dr. Wojtaszek.

Fizyjologija.

Hammer (Stuttgart): **O wpływie światła na skórę.**

Jak na rośliny, tak samo i na zwierzęta wpływ światła nie jest obojętny. Światło przyczynia się do silniejszego wydalania przez skórę kwasu węglowego i przyczynia się do większego wzrostu ciała. Najlepszym tego dowodem tworzenie się pod wpływem światła zgrubień przyskórka i plam barwikowych. Badania Vitusa, Grabego i Duboisa wykazały, że skóra zwierząt bezocznych, jak glisty, *tritonu* i *proteusa* (*proteus anguineus*) posiada nietylko własność przejmowania promieni słonecznych ale i barw i że pod tym względem zachowuje się jak siatkówka zwierząt kręgowych. Promień światła działa najpierw na komórkę barwikową, która jest w połączeniu z zakończeniami nerwów. Promienie słońca padając na skórę do nich nieprzyzwyczajoną, wywołują w niéj przekrwienie i zapalenie. (*Erythema solare s. caloricum*). Badania Wildmarka wykazały, że *erythema* to wywołują tylko promienie fijoletowe, analizą spektralną otrzymane, które, jak wiadomo, posiadają własności chemiczne (promienie fotograficzne), nazwa więc *erythema caloricum* jest niewłaściwą. Doświadczenia te sprawdził Hammer, przyczem doszedł do tego przekonania, iż inaczéj działa na skórę ciepło a inaczéj światło. Ciepło działa na skórę natychmiast, z ustaniem działania ustają i jego objawy; objawy zaś wywołane światłem jak nagromadzanie się barwika i łuszczenie przyskórka, dopiero po niejakim czasie występują i długo trwają. — Veiel, Unna, Wolters przytaczają przypadki tak czułéj skóry, iż już przy zwykłem świetle dziennem zapalenia występowały. Ponieważ takowe tylko pod wpływem promieni chemicznie działających, fijoletowych występują, dlatego światło elektryczne, które większą ilość tychże promieni posiada, tem szkodliwsze dla skóry będzie. Jeżeli skórę pokryjemy ciałami promienie fijoletowe pochłaniającemi, n. p. chininą lub glyceryną czyli w ogóle ciałami fluorescencyję objawiającemi, to najsilniejsze działanie światła elektrycznego na skórę nie wpłynie; jeżeli jednakowoż powleczemy skórę ciałami, które promienie te przepuszczają, n. p. wodą, waseliną, oliwą itp. to zadziałanie na skórę i jéj zadrażnienie występuje w całéj pełni. Promienie słoneczne są ostatecznie powodem dwóch chorób skórnych t. j. *Xeroderma pigmentosum* i *prurigo* Hutchinsona. (*Wr med. Wschrft* Nr. 47, 1891).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

E. Kummer (Genewa): **O resekcyi błony podśluzowéj kiszek i żołądka.**

Każdy szew jelitowy odpowiadać musi dwom głównym warunkom: 1) zeszyte powierzchnie powinny zlepiać się możliwie szybko, jednocześnie zaś dokładnie i mocno. 2) Światło jelita po zeszyciu ma pozostać normalne. Z pomiędzy szwów jelitowych najpewniejszy i powszechnie dziś używany szew Lembert-Czernego, odpowiada tylko pierwszemu z tych warunków, spaja rzeczywiście dokładnie zeszyte brzegi jelita. Ujemną zaś jego stronę stanowi występujące obrączkowate zwężenie światła wskutek wgłębienia ku wewnątrz zeszytych powierzchni *muscularis* i *serosae* i nadmiar pozostającéj błony śluzowéj wewnątrz. W następstwie rozwija się przerost warstwy mięsnéj w odcinku powyżéj zwężenia, kompensujący przeszkodę dla przechodzenia mas kałowych, lecz w razie zwiotczenia lub zupełnego osłabnięcia mięśni tych, może nastąpić zupełna niedrożność jelita. W przypadku Rosera resekcyi kiszki w *hernia gangraenosa* śmierć nastąpiła przy objawach *ileus* zależnego, jak się okazało przy sekcyi, od nader znacznego zwężenia światła wskutek szwu Czernego.

Dla zapobieżenia złemu różni autorowie (Roser, Rydygier, Chaput) obmyślali rozmaite sposoby postępowania; autor podaje swoję metodę wypróbowaną z powodzeniem u psów.

Po przecięciu poprzecznem jelita, chwyta on kleszczykami błonę śluzową i podśluzową, nader luźno połączone z warstwą mięsną; tę ostatnią wraz z błoną surowiczą od suwa w stronę przeciwną i wywija mankietowato na zewnątrz. Wystające walce składające się z błony śluzowéj wraz z podśluzową, długości koło $1^1/_2$ ctm. odcina z jednéj i drugiéj strony i pozostałe brzegi ich w obydwóch odcinkach jelita łączy szwem zwykłym. Po zeszyciu błony śluzowéj wywintętą *muscularis* i *serosa* odwija z powrotem, składając ich końce na obydwóch odcinkach w ten sposób, żeby powierzchnie surowicze przylegały do siebie; dopasowawszy dokładnie, ostatecznie zeszywa.

Jak łatwo zrozumieć, przy takiem postępowaniu to pierścieniowate zgrubienie, ktore przy szwie Czernego tworzy się wewnątrz w świetle jelita, tu występuje na zewnątrz tak, iż na przecięciu podłużnem jelita linije powierzchni błony śluzowéj mają kierunek mniéj więcéj równoległy, pozostałe zaś błony tworzą fałd wystający na zewnątrz, podczas gdy przy szwie Lambert-Czernego ten ich fałd zwraca się ku wewnątrz, wypychając do światła jelita błonę śluzową. Blizna, powstająca w miejscu zeszycia, jak się przekonał autor, badając po dłuższym przeciągu czasu od operacyi, jest szersza niż przy innych sposobach operowania. Metody téj dotychczas na ludziach żywych autor jeszcze nie stosował.

Podobnie jak dla jelit, podaje autor operacyję resekcyi podśluzowéj żołądka. Po przecięciu poprzecznem błony surowiczéj i mięsnéj, nie nacinając podśluzowéj, odsuwa on obydwie te błony, podobnie jak przy jelitach i ściąga taki worek z błony śluzowéj mocną podwiązką; postąpiwszy tak samo po drugiéj stronie tego uczątska ściany żołądkowéj, który ma być wycięty, przecina on koło podwiązek błonę śluzową, resekując tym sposobem dowolną część ściany żołądka, bez poprzedniego otwarcia jego jamy. Dla połączenia następnie téj ostatniéj z kanałem jelitowym, wykonać należy *gastro enterestomiam* (*duodeno*- lub *jejunostomia*). Sposobu podanego przez autora próbował z dodatniemi wynikami prof. Kocher z Berna. (*Archiv für klin. Chir.* XLII, 3, 1891).

Dr. Kryński.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 4 listopada 1891 r.

Przewodniczący kol. Gluziński. — Obecnych członków 42.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmiany przyjęto.

1) Kol. Przewodniczący odczytuje podziękowanie Prof. Virchova za przesłany telegram gratulacyjny.

2) Uchwalono jednogłośnie 62 złr. (udział Banku ziemskiego Poznańskiego) oddać Towarzystwu Krakowsk. Oświaty ludowej, a to stosownie do życzenia Komitetu galicyjskiego dla Banku ziemskiego poznańskiego.

3) Kol. Przewodniczący odczytał list z Konstantynopola od p. Kąckiego, który w imieniu Dra Mawrageni-baszy donosi, że tenże pragnie utrzymywać stosunki z Tow. lek. Krak. i przesyła przy tem swoje prace z dziedziny nauk lekarskich. — Z tego powodu uchwalono przesyłać Drowi Mawrageni-baszy Przegląd Lekarski.

4) Wybrano komisyję wyborczą, w której skład weszli koll. Cercha, Domański, Gabryszewski, Jakubowski, Kirschner, Kośmiński, Lustgarten, Mączka, Obaliński, Paszkowski, Pohorecki, Rydel, Surzycki, Szewczyk, Trzebicky.

5) Kol. Rydygier przedstawia a) chorą po injekcyjach kochiny z liszajem nosa, podniebienia i gardła, u któréj po injekcyjach stan się znacznie poprawił, a obecnie znowu jest pogorszenie, b) chorego po injekcyjach kochiny z *malum Potti* i następową przetoką, która dotąd jest otwarta, oraz z niewyleczonym liszajem twarzy. c) Chorego operowanego z powodu rozlicznych tłuszczaków szyi. (Przypadek ten ogłoszony będzie w Przeglądzie Lekarskim).

6) Kol. Kryński przedstawił chorą z kliniki chirurgicznéj operowaną z powodu guza na czole wielkości cytryny. Guz ten zauważyła chora ½ roku przed przybyciem do kliniki chirurgicznéj, i powoli od tego czasu wzrastał. Operacyję wykonano w marcu b. r., przy czem wraz z guzem wyjęto znaczną część kości czołowej, z którą był zrośnięty, tak że otwarto *Sinus frontalis*. Badanie drobnowidowe guza tego wykazało, że jestto *osteosarcoma*; — recydywy dotąd niema, tylko duży ubytek powstały wskutek operacyi, który trzeba będzie pokryć plastycznie.

7) Kol. Momidłowski wygłosił odczyt o hysteryi (odczyt ten ogłoszony będzie w Przeglądzie Lek.). Dyskusyję z powodu spóźnionéj pory odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr. J. Rosenzweig.*

Posiedzenie z dnia 18 listopada 1891 r.

Przewodniczący kol. Gluziński. — Obecnych 37.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i bez zmiany przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący wita jako gościa Dra Dymnickiego z Buska (Król. Polskie).

3) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że p. Zawadzki z Warszawy przysłał do biblioteki lek. odbitkę swej pracy ogłoszonej w Kronice lekarskiej p. t. „O wpływie mięsienia na szybkość wchłaniania“.

4) Kol Przewodniczący wita p. Kosińskiego, inżyniera higienistę z Berlina, który zaprasza obecnych na swój odczyt o wysuszaniu wilgotnych mieszkań. Czas i miejsce odczytu będzie ogłoszony w dziennikach.

5) Kol. Sokołowski przedstawił chorą z kliniki prof. Rosnera leczoną z powodu wrzodu żylakowego podudzia dermatolem. Wrzód mierzący w kierunku poprzecznym 20 ctm., w kierunku podłużnym osi ciała 10 ctm., zgoił się w przeciągu dni 30. Na podstawie doświadczeń twierdzi demonstrujący: 1) iż gojenie wrzodów żylakowych przy użyciu dermatolu krótkością swego trwania przewyższa inne sposoby lecznicze dotąd używane. 2) Wielką zaletę dermatolu stanowi jego bezwonność, która mu nadaje w tym razie pierwszeństwo przed dotąd wszechużywanym jodoformem mającym zapach bardzo przenikliwy. 3) Skutkiem swej nierozpuszczalności nie jest dermatol trującym, może być więc pacyjentowi do użycia powierzonym bez obawy; okoliczność ważna wtedy, gdy pacyjent nie może być pod ciągłym dozorem lekarskim. 4) Wyprysku dermatol nie wywołuje na skórze.

W dyskusyi kol. Wachholz nadmienia że na oddziale chirurg. szpitala św. Łazarza w 60 przypadkach zamiast jodoformu stosowano dermatol z bardzo dobrym skutkiem, mianowicie tam, gdzie jodoform wywoływał wyprysk. — Kol. Rosner. Lek ten jest tani, zatruć nie wywołuje, woni nie ma, tem wyżej stoi od jodoformu, leczenie szybciej postępuje, chory przy tem nie leży.

6) W dyskusyi nad odczytem kol. Walerego Momidłowskiego o hysteryi przemawiają kol. Mars: Wychodząc ze stanowiska praktycznego, przypadki hysteryi mógłbym podzielić na takie, w których przyczyna cierpienia polega na wpływach moralnych, gdzie często cel pewien podtrzymuje cierpienie i na takie, których przyczyna leży w zmianach patologicznych ustroju. Te ostatnie są niezaprzeczenie o wiele liczniejsze. — Nieprawidłowości organizmu wywołujących obraz chorobowy hysteryi, szukać należy w całym organizmie, w całym ustroju. Że zmiany chorobowe narządu płciowego często wywołują hysteryę, zdaje mi się usprawiedliwionem, gdyż cierpienia tego narządu nawet niezbyt doniosłe wywierają wpływ przygnębiający na osoby chore, co niezaprzeczenie ułatwia powstawanie hysteryi. Gdy nie znachodzę przyczyny hysteryi w narządzie płciowym u kobiety, zwracam się do innych organów i zasięgam rady doświadczonych specyjalistów. — Tą drogą zdaje mi się nieraz można zmiany podstawowe odszukać i cierpienie skutecznie leczyć. Kwestyi spółkowania przypisałbym daleko donioślejsze znaczenie, niż to kol. prelegent czyni. Doświadczenie bowiem mnie pouczyło, że spotykamy liczne przypadki nieprawidłowości spółkowania, które niebywają w literaturze uwzględniane. Mam tu na myśli nieprawidłowości wynikające z różnego temperamentu i pobudliwości płciowej osób spółkujących. Nader często napotykałem chore obarczone hysteryją, które kilkakrotnie rodziły, często spółkowały, których organa płciowe zmian nieprawidłowych nieokazywały, a które się żaliły, że nigdy przy spółkowaniu nie doznają podniety płciowéj, że zamiast zadowolenia płciowego doznają rozdrażnienia, gdyż mąż doznaje podniety płciowéj zbyt szybko i bezzwłocznie się usuwa. Inne żalą się, że spółkowanie trwa zbyt długo, inne wreszcie że spółkowanie jest bolesne i t. d. Mnie się zdaje, że to kwestyja ważna, społeczna, niedość opracowana, która bardzo licznych zastępów osób hysteryją obarczonych dotyczy. Co do leczenia hysteryi, to należy przypadki indywidualizować. O sposobach leczenia hysteryi sądzę można w ogólności powiedzieć, że wszystkie są dobre, ale każdy dla pewnéj grupy przypadków — gdyż każdy przypadek posiada pewną odrębność, do ktoréj się lekarz zastosować musi. Postępowanie wskazane usuwa często objawy hysteryi bardzo szybko. Wielokrotnie miałem sposobność widzenia młodych dziewcząt, które okazywały objawy macicznicy; wywiady pouczyły, że od dłuższego czasu cierpią na znaczne upławy i od tego czasu trwają objawy hysteryczne. Badanie wykazało stan prawidłowy narządu płciowego. Gdym zdołał te osoby przekonać, że są zdrowe co do narządu płciowego, objawy hysteryczne ustępowały. Stosowne rady udzielone pacyjentkom żalącym się na nieprawidłowe spółkowanie również mnie nie zawodziły. Wreszcie koledzy znają te przypadki, w których założenie krążka, wyleczenie owrzodzenia części pochwowéj usuwa cały szereg objawów hysterycznych. Przypominam sobie dobrze przypadek obrzmienia jajnika prawego i przekrwienia macicy, w którym po dokonanym miejscowym upuście krwi z części pochwowéj za każdym razem nietylko szereg bólów, ale i szereg objawów hysterycznych na kilka miesięcy ustępował. — Kol Gluziński: Hysteryja jest chorobą, z którą się coraz częściéj spotykamy, słuszne zapatrywanie kol. Prelegenta że należy ona właściwie do psychoz wskazuje, że powinna być odpowiednio leczoną, że leczenie zależy też przedewszystkiem od lekarza

który powinien opanować ten chorobowy umysł. Faktem jest, że leczenie zakładowe ma prawie jedynie racyję bytu w hysteryi, w wielu przypadkach jednak żadne leczenie skutku nie odnosi. — Kol. Prelegent jest zdania, że w pierwszym dziale jest raczéj symulacyja, niż hysteryja. Co do rady indualizowania w leczeniu, to rzecz konieczna, i na to zwracał uwagę w odczycie, tem bardziej tam, gdzie są zmiany anatomiczne. — Kol. Gluziński: Podział zrobiony przez kol. Marsa nie jest zadowalający, bo przypadki, które podciągnął pod 1 grupę, niesłusznie nazywano hysteryją, są to przypadki rozdrażnienia nerwowego, które powstają i pod wpływem innych przyczyn, jak zmartwienia, chorób żołądka etc. — Kol. Mars nadmienia pozorną ciążę jako przykład dla 1 grupy, przypadki te wydarzają się tylko u kobiet pragnących macierzyństwa.

Sekretarz: *Dr. J. Rosenzweig.*

VI. Syberyjskie źródła mineralne.

I. Jezioro Ingol.

przez

Prof. St. Szcz. Zaleskiego w Tomsku.

Obfite i bogate źródła mineralne i t. zw. lecznicze jeziora Syberyi oddawna już zwróciły na siebie uwagę ludności miejscowej, która wprost pod wpływem wrodzonego instynktu częstokroć się do nich ucieka bez żadnych wskazówek lekarskich, aby tylko znaleść jakąkolwiek ulgę w cierpieniach, których leczenie wchodzi w zakres balneoterapii, lub też które z natury swojéj są nieuleczne. Tym sposobem drogą czysto empiryczną utrwaliła się raz na zawsze popularność pomiędzy mieszkańcami Syberyi takich miejscowości, jak źródła Rachmanowskie, rzeka Sołonowka, jeziora Szyra, Karaczyńskie, Ingol i w. in. — W odwrotnym zupełnie stosunku do popularności tych wód mineralnych znajduje się ich strona naukowa. Wyczerpujących analiz chemicznych, dających pojęcie o ich składzie, brak zupełny; stąd brak też zupełny i wskazań dla lekarzy — praktyków, w jakich mianowicie chorobach to lub owo źródło zastosować należy.

Wychodząc z zasady, że dokładne naukowe zbadanie Syberyjskich wód mineralnych stać się może źródłem nowych bogactw dla tej odległéj prowincyi państwa rosyjskiego, pod wieloma względami upośledzonéj, pod wieloma jednak i szczodrze obdarowanéj przez naturę, zarówno władze miejscowe w osobie gubernatorów Tomskiego i Jenissejskiego, jak i przedstawiciele miejscowego obywatelstwa w osobie p. Aleksego Kuchtjerina, jednego z najwybitniejszych kupców tutejszych, zwrócili się do mnie o wzięcie na siebie dokonania tego zadania w możliwie najszerszym zakresie. Ten sam obowiązek włożyła na mnie i Rada tutejszego Uniwersytetu jeszcze w roku ubiegłym, a ponowiła go w bieżącym.

Mając wszelkie dane do przypuszczania a priori, że praca moja zarówno pod względem ściśle naukowym, jak i praktyczno-lekarskim, bezowocną nie będzie, mając nadto zapewnioną pomoc i poparcie zarówno ze strony najbliższych kolegów, jak i władz miejscowych i w ogóle całéj inteligencyi Syberyi, przystąpiłem jak najchętniéj do spełnienia poruczonéj mi misyi, nie bez wewnętrznego zadowolenia, że, idąc śladami Dybowskich, Czerskich, Czekanowskich Przewalskich i wielu innych naszych rodaków, wsławionych swą działalnością na dalekim Wschodzie, mogę się stać pożytecznym pracownikiem na dalekich, mało zbadanych, lodowatych kresach obszernego Państwa, na które mnie losy rzuciły i gdzie mnie przyjęto z sercem i bratnią słowiańską gościnnością.

Badania swoje rozpocząłem od jeziora Ingol, leżącego w Aczyńskim Okręgu Jenisejskiéj gubernii, niemal na samej granicy Tomskiéj, pomiędzy 56° a 57° szerokości i 58° a 59° długości geograficznéj (od Pułkowa), odległego od Tomska o wiorst 350. Jezioro to od dawien dawna pomiędzy najbliższymi mieszkańcami okolicy słynęło jako mineralne. Najlepszą wskazówką sama nazwa jego, powstała ze słów „em“, co w miejscowem narzeczu plemienia, zamieszkującego jezioro, znaczy „zdrowie“, i „kul“, co w temże narzeczu znaczy „jezioro“. Ze słów „em“ i „kul“ stopniowo powstała nazwa „Ingol“, dziś powszechnie przyjęta. Popularnem i na więcéj oddalone okręgi stało się to jezioro dopiero od lat trzydziestu. Obecnie nie ma sezonu, ażeby na niem około 60—80—100 osób nie szukało ulgi w swych cierpieniach. Woda owego jeziora nie tyle znajduje zastosowanie, ile szlam jego. Dla zbadania zarówno samej miejscowości, jak wody i szlamu na miejscu, udałem się na jezioro Ingol w Lipcu poprzedniego łata, zabrawszy ze sobą ruchome chemiczne laboratoryjum, którego przewiezienie w całości, na kolach, po górzystéj drodze, nie stanowiło bynajmniéj łatwego zadania. Koszta téj wyprawy, zarówno jak całego badania, wraz z opublikowaniem tegoż, przyjął na siebie p. *A. Kuchtjerin,* czem wielce zobowiązał swoich współobywateli.

Jezioro Ingol leży w nader pięknej, górzystéj okolicy, zewsząd lasami pokrytéj. Między drzewami przeważają brzozy, sosny, jodły, niekiedy wierzby, jarzębina i cedry. Flora wszędzie tak pod względem jakości jak i ilości obfita. Gleba pomimo licznych źródeł, rzeczek i jezior w okolicy, sucha i rodzajna, zawierająca w sobie bardzo wiele węglanów wapnia i magnezyi. Wzgórza miejscowe pod warstwą gleby uprawnéj przedstawiają się skalistemi i uformowanemi prawie wyłącznie z rozmaitych rodzajów wapniaka. Samo jezioro leży w kotlinie, stanowiącéj jak gdyby krater dawnego wulkanu i zewsząd otoczonéj wzgórzami i pagórkami.

Forma jeziora elipsoidalna. Podłużna średnica wynosi około $3\frac{1}{2}$ wiorst, poprzeczna — $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{3}{4}$ wiorsty. Brzegi prawie zewsząd dostępne. Zachodni brzeg i znaczna część północno-i południowo-zachodniego pokryta jest grubą warstwą szlamu, przenoszącą znacznie metr.

Szlam ten ma właśnie zastosowanie lecznicze i zalega na bardzo znacznéj przestrzeni, przenoszącéj $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ kw. wiorsty i dostępnéj nawet dla nieumiejących pływać. Głębokość jeziora w odległości około 200 metrów od brzegu wynosi 36 metrów i jest niemal stałą.

Temperatura wody na powierzchni wynosi latem 20° — 22° C., na dnie 3·7° C. Sama woda nadzwyczaj jest czystą i przejrzystą tak, że na głębokości 6—7 metrów najswobodniej można czytać w dzień jasny i słoneczny pismo większych rozmiarów. Ryb w jeziorze obfitość jest wielka. Zdarzają się niekiedy 20 funtowe szczupaki, nadto okonie, nalimy, zrzadka tajmenie, chajruzy i uskucze. Dno jeziora pokrywa moc wielka mchów i wodorostów. Przeważają gatunki *Chara* i *Hypnum.* Nadto w więcéj głębokich miejscach w obfitéj ilości zalega wodorost wielce charakterystyczny, przedstawiający się w kształcie brunatno-czarnawych, albo też szaro żółtawych pomidorów i rozpoznany jako *Nostoc pruniforme Agard.* Przybywający na jezioro chorzy używają dość często tego wodorostu, który po rozgnieceniu daje gęstą, galaretowatą masę, do nacierania ciała w celach leczniczych, zwłaszcza przeciwko reumatyzmowi i mianują go „wodnym kartoflem“, albo też „tłuszczem jeziora“, choć tłuszczu nie zawiera wcale.

Woda w jeziorze jest bieżąca; dostarczają jéj liczne jawne i t. zw. ukryte, podziemne źródła. Temperatura źródeł od 5°—6° C. Woda ich niczem się nie różni od zwykłego typu dobrych słodkich wód nader słabéj koncentracyi. Ilość części stałych w żadnem ze źródeł nie przewyższa 1,80‰₀. Unosi wodę z jeziora niewielka i dość płytka rzeczka Objuł, dopływ większéj rzeki Urjupa.

Wzgórza, otaczające Ingol, według dokonanych przezemnie na miejscu pomiarów, nie przenoszą 175 stóp = 54 metrów, licząc od poziomu wody w jeziorze. Samo jezioro leży o 598,60 stóp = 182,45 metrów wyżéj, aniżeli miasto Krasnojarsk i o 526,91 stóp = 160,6 metrów wyżéj, aniżeli Tomsk. Nad poziom morza wzniesione jest o 1023,80 stóp = 312,05 metrów. Okolica wszędzie zdrowa i przedstawiająca jak najlepsze hygieniczne warunki. Chorób endemicznych brak najzupełniejszy.

Miejscowość wszędzie, aczkolwiek pusta i mało zaludniona, szczodrze została przez naturę obdarzoną pod względem estetycznym. Krajobrazy żywe, piękne i urocze. Wzgórza i doliny, strumykami i niewielkiemi jeziorami poprzerzy ane na każdym kroku. Dogodności dla chorych, udających się na jezioro, nie ma żadnych zgoła. Parę zwykłych izb chłopskich na jednym i drugim brzegu jeziora, bez pieców i najniezbędniejszych sprzętów — oto wszystko, co zastać tu można. T. zw. łazienki stanowią dwa proste, płócienne namioty, wprost nad poziomem jeziora wzniesione i o 15—20 kroków od brzegu odległe. Żywności dostarczają mieszkańcy rosyjskiej wioski, Iwanowki, o 4—5 wiorst od jeziora odległéj; po części także i właściwi posiadacze jeziora, inoplemieńcy (inorodcia), niezbadanego dotąd pochodzenia, swoim oryginalnym mówiący językiem, niedawno jeszcze poganie, obecnie już, lecz tylko de jure, prawosławni, zamieszkali o 1—1½ wiorsty od jeziora w nader niewielkiéj liczbie w t. zw. Tałkińskim ułusie i stojący na nader niskim stopniu kultury i cywilizacyi.

Jednem z najwięcéj charakterystycznych zjawisk na jeziorze są fale, pojawiające się na niem bez żadnéj widocznéj przyczyny. Falowanie to pojawia się zazwyczaj stopniowo, bez żadnych uprzednich zwiastunów i niekiedy bywa tak silnem, że okoliczni mieszkańcy wahają się w łódce pływać po jeziorze. Przeźroczysta jak kryształ woda staje się wtedy mętną, powraca jednak znów do swego pierwotnego stanu, jak tylko falowanie, trwające zazwyczaj około półtora dnia, ustanie zupełnie. W zwykłych warunkach jezioro nadzwyczaj jest spokojnem.

Sposoby leczenia na Ingolu nadzwyczaj są proste i pierwiastkowe. Chorzy kąpią się według własnego wyboru bądź na wschodnim, bądź na zachodnim brzegu jeziora, niekiedy po kilka razy dziennie i niezależnie od tego piją wodę jeziora, albo jednego z okolicznych źródeł, w wielkich ilościach rano, w południe i wieczorem. Większej popularności używa obfitujący w szlam brzeg zachodni. Miejscowi mieszkańcy nazywają go wprost „leczniczym" i uważają za szczególniéj skuteczny przeciwko chorobom wenerycznym, głównie przeciw kile, przeciwko skrofułom, wszelkiego rodzaju ropiejącym obnażeniom ciała, reumatyzmowi, artrytyzmowi, rozszerzeniu naczyń, hemoroidom, chorobom skóry z charakterystycznem dla nich swędzeniem, wszelkiego rodzaju guzom i powiększeniom gruczołów, paraliżom, porażeniom kości, chorobie angielskiej. Za mniej w ogóle skuteczny uważany brzeg wschodni używa pewnéj sławy w leczeniu rozmaitych stanów kataralnych przewodu pokarmowego, w leczeniu wielu chorób nerwowych i kobiecych, jak hysteryi, newralgii, upławów, niemocy męzkiéj, polucyj i nasieniotoku, stanów kataralnych macicy, a wreszcie w niedokrewności we wszelkich jéj przejawach. Znaczniejsza liczba chorych leczy się zawsze na brzegu zachodnim. Pragnący się tu leczyć, w razie braku pomieszczenia, zatrzymują się często na brzegu wschodnim, przyjeżdżają jednak bądź w łódce, bądź końmi, bądź wreszcie przychodzą piechotą na brzeg zachodni, aby używać kąpieli i stosować nacierania iłem.

Kuracyjusze zachodniego brzegu wybierają często bardzo więcéj płytkie miejsca, pogrążają całe ciało, o ile tylko można, w szlam i leżą tak niekiedy po kilka godzin z rzędu, zwłaszcza w dnie ciepłe i słoneczne. W znacznéj jednak większości przypadków stosowane bywają nacierania całego ciała, albo też oddzielnych członków i organów świeżo wydobytym szlamem, przyczem chory przedstawia mniej lub więcéj widok oblepionego gliną i leży w tym stanie na słońcu niekiedy całemi godzinami. Opodal rozłożone ognisko odpędza zazwyczaj w takich razach myrjady komarów, muszek i wszelkiego rodzaju owadów, stanowiących istną plagę Syberyi w ogóle, a południowych jéj części w szczególności. Gdy ił na ciele wysychać pocznie, przyczem barwa jego staje się białawą, zmywa się go wprost w leżącem tuż jeziorze przez kilkakrotne zanurzenie. Niekiedy nakładaną bywa nowa warstwa iłu, poczem następuje nowe wygrzewanie się na słońcu, a następnie kąpiel w jeziorze, jak powyżéj. Wanien dla stosowania gorących kąpieli szlamowych nie ma na miejscu; przywożą je jednak niekiedy zamożniejsi chorzy ze sobą i przygotowują sobie kąpiel przez proste rozprowadzenie wielkich ilości szlamu w gorącéj wodzie. Nacierania ciała iłem stosują się zazwyczaj dwa razy dziennie; rzadziej raz na dzień. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 stycznia. Uroczystość 25-tój rocznicy założenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. We wtorek dnia 29 grudnia odbyła się uroczystość jubileuszowa ćwierćwiekowego istnienia naszego Towarzystwa. Główną część programu uroczystości stanowiło nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa, które odbyło się o godzinie 6-téj wieczorem w rzęsiście oświetlonéj auli Collegii Novi. Na posiedzeniu têm obecni byli prócz członków czynnych i honorowych Towarzystwa lekarskiego krakowskiego: JE. Dr. Majer, J. M. Rektor X. Dr. Chotkowski, Pro-dziekan Wydziału lekarskiego, Prof. Rydel, delegat Wydziału lekarskiego Tow. przyj. Nauk w Poznaniu Dr. Chłapowski, delegat Tow. lekarzy galicyjskich promedyk Dr. Merunowicz, delegat Tow. lek. warsz. Dr. Dobrzycki, Dr. Ziembiński, i kilku innych Kolegów zamiejscowych.

Posiedzenie zagaił Prezes Towarzystwa Prof. Antoni Gluziński przemówieniem, w którém skreśliwszy rozwój nauk lekarskich w Polsce, a następnie rozwój Towarzystw lekarskich wykazuje, że na Towarzystwo krakowskie i galicyjskie spada największy obowiązek pracowania za siebie i za tych, którzy pracować swobodnie nie mogą. (Przemówienie to podamy w dosłownêm brzmieniu). Następnie odczytał sekretarz stały Dr. Kwaśnicki sprawozdanie z 25-letniéj działalności Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, któreto sprawozdanie drukiem ogłoszone rozdano obecnym członkom.

Z kolei nastąpił piękny wykład Prof. Cybulskiego p. t.: „Kilka słów o nowszych poglądach na lokalizacyję w mózgu". Odczyt ten, ogłoszony w b. Nrze, nagrodzili obecni rzęsistemi oklaskami.

W końcu prof. Gluziński odczytał następującą listę członków honorowych, mianowanych na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa: Prof. Laskowski w Genewie, Prof. Gałęzowski w Paryżu, Prof. Baranowski i Prof. Brodowski w Warszawie, Radca lek. Dr. Wicherkiewicz w Poznaniu i Protomedyk Dr. Merunowicz we Lwowie.

Listy i telegramy gratulacyjne przesłały następujące Instytucyje i koledzy:

Towarzystwo lekarskie warszawskie, Towarzystwo lekarskie Kijowskie; Lekarze szpitala powszechnego we Lwowie. Redakcyja „Nowin lekarskich", Redakcyja „Kroniki Lekarskiéj". Członkowie „Gazety Lekarskiéj", Redakcyja „Zdrowia", Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, Ustredni jednota ceskych lekaru, Prof. Obrzut, Dr. Chodounsky z Pragi, Prof. Mikulicz z Wrocławia, Prof. Tyrchowski i Dr. Sokołowski. Dr. Wicherkiewicz i Dr. Święcicki z Poznania, Dr. Wiczkowski i Krówczyński ze Lwowa, Dr. Jabłonowski z Burgas, Dr. Tonner z Pisek, Prof. Hoyer z Warszawy, Prof. Laskowski z Genewy, Dr. Bujwid, prof. Baranowski i Dr. Florkiewicz z Warszawy. Dr. Obtułowicz ze Lwowa.

Nadto przysłał Wydział lekarski Tow. przyj. nauk w Poznaniu łącznie z Redakcyją Nowin Lekarskich Towarzystwu krakowskiemu w darze pięknie wykonany portret śp. Karola Marcinkowskiego.

Po posiedzeniu odbył się w wielkiej sali hotelu Saskiego obiad wspólny, który obecnością swoją zaszczyli JE. Dr. Majer, J. M. Rektor Uniw. Jagiell. X prałat Dr. Chotkowski, i delegaci wyżej wymienieni. Pierwszy toast wzniósł Prezes Tow. prof. Gluziński na cześć gości w ręce JE. Majera, który pił zdrowie pozostałych przy życiu założycieli Towarzystwa w ręce najstarszego z nich prof. Oettingera; ostatni pił zdrowie delegatów przybyłych na uroczystość w ręce Dr. Chłapowskiego, który znów wzniósł toast na cześć członków honorowych Towarzystwa w ręce najmłodszego z nich protomedyka Merunowicza; ostatni, jako wychowaniec Uniw. Jagiellońskiego, wzniósł toast na cześć i zdrowie Rektora Uniw., a Jego Magnificencyja w dłuższéj, świetnej przemowie wzniósł toast kochajmy

się. W dalszym ciągu wznoszono jeszcze szereg pięknych toastów, a śród serdecznej pogadanki bawiono się prawie do północy.

W skutek inicyjatywy Prezesa Tow. następnego dnia grono kolegów podejmowało w hotelu Saskim ucztą delegata poznańskiego kol. Dr. Chłapowskiego. Do stołu zasiadło kilkudziesięciu lekarzy krakowskich. Pierwszy toast wzniósł na cześć gości redaktor „Przeglądu Lek.“, podnosząc zasługi gościa jako jednego z redaktorów „Nowin lekarskich“, oraz wielkie znaczenie tego pisma; na toast ten odpowiedział Dr. Chłapowski, poczem liczne wzniesiono toasty, a obecni wynieśli miłe wspomnienie chwil przepędzonych wspólnie z kolegami przybyłymi z rozmaitych dzielnic dla uczczenia naszego jubileuszu.

* W roku ubiegłym nauki lekarskie poniosły następujące straty dotkliwe: Medycyna polska opłakuje świeży zgon dwóch mężów wielce zasłużonych wprawdzie po części poza obrębem dziedziny lekarskiéj, którzy jednak cały swój żywot poświęcili pracy godziwéj a dla społeczeństwa pożytecznéj: Baranieckiego i Kopernickiego, których pamięć pozostanie drogą dla przyszłych pokoleń; straciliśmy także w roku ubiegłym nestorów naszych Szokalskiego i Fonberga. Zmarli z pośród lekarzy polskich następnie: hr. Krasiński Hubert, Lubelski, prof. Łuczkiewicz, Bromberg, Komar, Gross, Goebel, Paczek, Lewandowski, Przyborowski, ks. Zagiell, Dworski, Tyralski, Wesołowski, Korsak, Czyżewski, Biernacki, Lech, Hopfenblum, Orłowski, Krajewski, Ziembiński, Libchen, Dubicki. Następnie z lekarzy zagranicznych zmarli: Anatomowie: Wedl, Babuchin, Marshall, Dattilo, Lücken; Fizyjologowie: Jendrassik, Kowalewski, Fleischl-Marksow, Szeremietiewski; Fizycy: Hartnack, Weber Wilhelm; Chemik: Maly; Botanik zasłużony w bakteryjologii: Naegeli; Interniści: Quincke ojciec, Sutton, Pollack, Roger, Bouchut, Wasiliew; Chirurdzy: Rothmund, Reyher, Potter, Klopsch; Okuliści: Warlomont, Hirschler, Blodig, Michaelis; Ginekologowie: Scanzoni, Braun, Helly; Otyjatr: Weber-Liel; Dermatologowie: Geber, Wiegr; Balneolog: Lucca; Lekarze sądowi: Liman, Schauenstein, Duponchel; Lekarze wojskowi: Giraud, Heumann; Psychijatrzy: Obersteiner ojciec, Baillarger. Cześć ich pamięci!

* **Lwów.** Reskryptem z d. 16 października 1891 r. do L. 77052 c. k. Namiestnictwo jako najwyższa władza dla fundacyj w kraju, zatwierdziło akt fundacyjny ś. p. Bonifacego i Magdaleny Stillerów dla kasy wsparcia wdów i sierot po zmarłych lekarzach wyznań chrześcijańskich, a Wydział krajowy pismem z d. 30 czerwca 1891 r. do L. 22649 oświadczył, iż imieniem kraju przyjmuje wszystkie przekazane sobie w tym akcie prawa i obowiązki. Na posiedzeniu Rady zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich, odbytem d. 16 grudnia 1891 r., udzielono po raz pierwszy z tej fundacyi ośmiu wdowom po 50 złr., czyli razem 400 złr.; tym sposobem więc fundacyja Stillerów po załatwieniu wszystkich formalności weszła w życie. O drugiéj niemniéj ważnéj fundacyi, również na rzecz biednych wdów i sierot po lekarzach galicyjskich zdziałanéj, niezadługo będziemy w stanie donieść.

* Z prawdziwą przyjemnością dowiadujemy się, że „Nowiny Lekarskie“ w Poznaniu nadal wychodzić będą i że tylko Nr. 1 nieco się opóźni. Pozwalamy sobie więc ponowić prośbę naszą, wystósowaną do kolegów w Galicyi praktykujących, aby zechcieli abonować czasopismo to, tak świetnie redagowane.

(b) Dolno-austryjacka Rada zdrowia obradowała nad tem, czy zezwolić na założenie zakładu leczniczego w St. Pölten, w którymby stosowano postępowanie Kneippa. Ze względu na to, że postępowanie to nie jest oparte na podstawie naukowéj, Rada zdrowia uchwaliła wnieść do Rządu, aby koncesyi na założenie wyż wymienionego zakładu nie dano.

(b) Zuchwałe oszustwo wykryto w zdrojowisku Tölz. Rzekomemu odkrywcy przez ogromną reklamę znanego źródła „*Kaiser-Quelle*“ wytoczono śledztwo karne, gdyż udowodniono, że wodę owego źródła fałszowano przez dodawanie chemikaliów. Początkowo miało rzeczywiście istnieć źródło jod zawierające, czy jednak dotąd istnieje wykaże, śledztwo; nie ulega tylko wątpliwości, że w następstwie wodę fałszowano.

(b) **Wiadomości uniwersyteckie. Kazań.** Dr. N. Kotowszczykow mianowany zwyczajnym profesorem dyjagnostyki lekarskiéj — **Barcelona.** Dr. Martinez Vargas mianowany profesorem pedyjatryi. — **Bazyleja.** Doc. Lenhossek z Pesztu mianowany został nadzwyczajnym profesorem anatomii.

* **Odznaczenie.** Najjaśniejszy Pan w uznaniu zasług położonych koło epidemijologii Wschodu odznaczył dwóch lekarzy polskich, a mianowicie nadal Dr. Kłodzianowskiemu tytuł radzcy rządowego, a Drowi Justynowi Karlińskiemu krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 9 Stycznia 1892. Nr. 2.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_8$ „	6 „

I. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardziela i krtani.

Skreślił

T. Heryng w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

Bateryje elektryczne.

Zapoznawszy się w poprzednich rozdziałach z budową i wartością praktyczną elementów galwanicznych o stałym strumieniu, przystępuję teraz do rozpatrzenia przyrządów koniecznych do dozowania strumienia, do których zaliczyć wypada galwanometry i reostaty. Komutatory służące do zmiany kierunku strumienia dołączone zwykle bywają do każdéj większéj bateryi stałéj, przeznaczonéj do elektrolizy.

Aparaty elektrolityczne dzielą się wogóle: na stałe i przenośne. Stałe pomieszczane zwykle w mniéj lub więcéj ozdobnych szafkach, składają się z bateryi, złożonej z różnéj ilości elementów galwanicznych, do których dodany jest galwanometr, reostat i komutator.

Niektóre zawierają oprócz tego i aparat indukcyjny.

Prawie we wszystkich jako źródło elektryczności służą elementa Leclanché. Aparata takie wyrabiają Reiniger, Hirschmann, Gaiffe, Brade i inni. Aparata przenośne mają najczęściéj tę wadę, że elementa Grenetta, służące zwykle jako źródło elektryczności, zbyt mało mieszczą płynu, w początku działają bardzo silnie, lecz prędko, jak o tem wspominałem, słabną.

O niedogodnościach elementów z chlorkiem srebra już wspominałem, jak również i o tem, że zwykła Stöhrerowska bateryja korytkowa, o stosach Bunsena (z jednym tylko płynem) do operacyj elektrolitycznych w nosie i gardzielu najzupełniej wystarcza.

Bateryja Hirschmanna, składająca się z 30 elementów Grenett'owskich korytkowych, którą posiadam, ma tę wadę, że korytka przeznaczone do płynu, zrobione z hartkauczuku, łatwo się psują, płyn przez nie przecieka i niszczy pudło. Zaletą natomiast tej bateryi jest dokładne wykończenie galwanometru i reostatu.

Wymaga ona częstej zmiany płynu, lugowania węgli i pewnych ostrożności w obchodzeniu się z galwanometrem. Wielka czystość wszelkich metalowych kontaktów jest niezbędną. Cynki od czasu do czasu powinny być świeżo amalgamowane. Płyty nie powinny być bez potrzeby zbyt długo zanurzane w kwasie. Nie należy również zapominać, że ilość płynu przez parowanie się zmniejsza, przez co sam płyn staje się o wiele silniejszym. Próbując siły bateryi, należy zawsze włączyć opór reostatu lub ciała ludzkiego, w przeciwnym razie przy zbyt silnym prądzie galwanometr może zostać uszkodzonym, t. j. igła przez zbyt silne odrzucenie może wypaść z łożyska.

Rozpatrzmy się teraz nieco dokładniéj w budowie galwanometrów i reostatów.

Pierwszy galwanometr, oparty na zastosowaniu jednostek praktycznych (absolutnych) zbudował Dr. Edelmann, z polecenia Prof. Ziemsena z Monachium. Narzędzia używane przed rokiem 1881 były niedokładne, gdyż przedziałka zwyczajna umieszczoną była na odcinku koła, gdy tymczasem wiadomą jest rzeczą, że kąt odchylenia igły magnetycznéj nie jest proporcyjonalny do natężenia strumienia, lecz do jego stycznéj (tangens) i że natężenie strumienia oblicza się za pomocą galwanometru stycznych (busola tangensów). Dla celów więc leczniczych zbudowano galwanometry, mianowane empirycznie, t. j. według raz przyjętéj miary, to jest, w których kąt odchylenia igły okazuje natężenie strumienia. Narzędzia tego rodzaju oparte są na systemie jednostek C. G. S. Gdy igła znajduje się np. przy punkcie, oznaczonym przez 10, dowodzi to, że magnes, na którym igła jest umocowana, przyjął tego rodzaju pozycyję, jaką mu nadał strumień o sile 10 M. A.

Galwanometry dzielimy na poziome i pionowe, stosownie do płaszczyzny, w jakiej się ruch igły odbywa.

Położenie igły magnesowéj zależy nie tylko od siły działającego na nią strumienia, lecz od pozioméj składowéj magnetyzmu ziemskiego. Dla różnych miejscowości globu istnieje inne natężenie, zwane natężeniem poziomem, oznaczone na specyjalnych kartach Neumayera, w każdéj fizyce. Na punkt ten baczną zwrócono uwagę.

Dla wyzwolenia igły magnesowéj z pod wpływu magnetyzmu ziemskiego łączy się z sobą dwie igły o jednakowéj sile magnetycznéj w odwrotnych kierunkach. Są to tak zwane igły astatyczne, konieczne w galwanometrach pionowych. Dobry galwanometr musi być aperyjodyczny, t. j. igła przy każdéj zmianie natężenia strumienia powinna szybko uspokoić swe wahania.

Galwanometry poziome są o wiele dokładniejsze od pionowych, które zdaniem Edelmanna są więcéj galwanoskopami niż galwanometrami. Przy użyciu galwanometru należy usunąć go z pod wpływu przedmiotów żelaznych. Każdy nabyty galwanometr należy prócz tego porównać z galwanometrem dokładnym, gdyż często ich podziałka nie jest ściśle wykonaną. Galwanometry przeznaczone do aparatów, mających zastosowanie w medycynie, posiadają zwykle tak zwany „Shunt“ t. j. zamknięcie uboczne, przeznaczone do odczytywania 10, względnie 100 razy większego strumienia.

Przedstawiają one 10 względnie 100 razy mniejszy opór niż spiralna drutu, owiniętego naokoło magnesu. Musimy więc po włączeniu tych oporów pomnożyć cyfrę, którą oznacza wskazówka przez 10 względnie 100, aby otrzymać prawdziwe natężenie strumienia.

Najdokładniejsze galwanometry pochodzą z fabryki Edelmanna w Monachium, również dokładne mają być Reinigera i Sp. w Erlangen oraz Hirschmanna w Berlinie. Na uwagę zasługuje ta okoliczność, że galwanometry różnych fabryk porównane ze sobą dość znaczne dają różnice.

Nögerrath porównywając przyrządy Edelmanna i Gaiffea znalazł następujące różnice: Kiedy galwanometr

Edelmanna wykazywał:	to Gaiffe wskazywał:
25 M. A.	40 M. A.
100 „	125 „
150 „	200 „
200 „	260 „

Wynika ztąd, że podając siłę strumienia, jakiego użyto w danym przypadku, należy nadmienić, jakim przyrządem się posługiwano.

Pomimo dogodniejszego odczytywania podziałki na pionowych galwanometrach przyrządy o zawieszeniu igły pionowem, ze względu na większą ich dokładność zasługują na pierwszeństwo.

Przechodzę teraz do opisu narzędzia niezbędnego dzisiaj przy stosowaniu elektrolizy jak i elektrycznego oświetlania, t. j. tak zwanych reostatów. Wprowadził je do elektroterapii Brenner. Narzędzie to pozwala nam powiększać lub zmniejszać natężenie strumienia stopniowo, nieznacznie, bez wstrząśnień tak przykrych dla chorego, gdy manipulacyja odbywa się przez włączanie samych elementów. Kuttner i Bröse stwierdzili, że chorzy znoszą strumienie o znacznem nawet natężeniu, gdy te ostatnie za pomocą reostatu stopniowo wprowadzane zostają. Ponieważ duży element galwaniczny daje prąd od 2—5 M. A., a przy leczeniu n. p. trychiazy elektrolizą wystarcza prąd jednego M. A, rzecz prosta, że dla uzyskania tak nieznacznéj siły koniecznem jest posługiwanie się reostatem.

Reostat włączamy albo w obwód główny, albo w obwód uboczny.

Rozróżniamy reostaty metalowe, grafitowe i wodne.

W reostatach metalowych opór stanowią cewki różnych długości owinięte drutem z nowego srebra, które zostają włączane za pomocą korby.

Reostaty wodne dawniejsze są niepraktyczne z powodu rozmiarów narzędzia; również nieodpowiednie dla naszych celów są reostaty wodne nowszéj konstrukcyi Hirschmanna z powodu zbyt wielkiego oporu jaki przedstawiają.

Reostaty grafitowe Gärtnera są tanie, prostéj konstrukcyi i zasługują na polecenie.

Przy wyborze reostatu należy zwrócić uwagę, ażeby opór, jaki zachodzi między przewodnikiem metalowym, a materyjałem, z jakiego reostat jest zrobiony, nie był zbyt wielki.

Najlepiéj postępować w ten sposób, aby włączyć przed rozpoczęciem akcyi maksymalny opór reostatu i stopniowo opór ten zmniejszać, względnie powiększać natężenie strumienia.

Przy pomocy reostatu Reinigera możemy zmniejszyć strumień od 250 M. A. prawie do 0.

W ogóle lekarz, chcący stosować elektrolizę, powinien znać budowę bateryi, umieć ją w danym razie rozebrać, wykryć błędy i przyczyny tak zwanych kaprysów bateryj i ile możności wyzwolić się z pod opieki mechaników, bardzo słono liczących najmniejszą poprawkę lub przeróbkę.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Kilka słów o dzisiejszym stanie nauki o lokalizacyi.

Podał
Prof. Dr. N. Cybulski.

(Dok. Patrz Nr. 1.)

Przypuszczając te same stosunki dla dróg dośrodkowych możemy również łatwo wytłómaczyć istnienie czuć po usunięciu okolic czuciowych w jednéj półkuli, szczególnie, jeżeli uwzględniamy możność kształcenia się i przystosowania układu nerwowego, te zasadnicze własności, które przez przeciąg całego życia możemy obserwować tak u zwierząt jak u człowieka.

Że mechanizmy nawet dla ruchów w wysokim stopniu skojarzonych i odruchów nie są złożone w korze mózgowéj, wiadomo było już dawno z obserwacyj dokonanych na zwierzętach, a szczególnie ptakach, po doszczętném wycięciu półkul mózgowych. Wiadomo, że zwierzęta takie można po operacyi zachować przy życiu przez czas dłuższy, i z chwilą ustąpienia wstrząśnień, z któremi bywa połączona sama operacya, zwierzęta takie zachowują najzupełniéj równowagę ciała, mogą się poruszać prawidłowo, nawet unikać przeszkód; jednakże nie zdradzają one najmniejszych objawów, któreby przemawiały za istnieniem u nich stanów psychicznych: nie wykazują najmniejszego objawu jakiejkolwiek samodzielności i w ogóle świadomości.

Zwierzęta, u których wycinano symetryczne części obu półkul, także oprócz mniej lub więcéj zlokalizowanych zaburzeń bądź w sferze ruchowéj, bądź czuciowéj, zależnie od okolicy, którą usunięto, u wszystkich autorów prawie bez wyjątku, przedstawiały także pewne, mniej lub więcéj widoczne upośledzenie funkcyj umysłowych.

Doświadczenia więc nad lokalizacyją uzupełniły tylko nowemi dowodami cały szereg innych wcześniejszych obserwacyj, że kora mózgowa jest siedliskiem funkcyj psychicznych świadomych, lecz zasadniczego pytania, czy stany psychiczne, lub ich najprostsze elementy, powstają zawsze tylko w pewnych określonych okolicach kory mózgowéj, nie rozstrzygnęły. Dowody, które wystarczają dla jednych autorów, nie wystarczają dla drugich, a ponieważ w doświadczeniach posługiwano się wciąż temi samemi metodami, spór toczy się daléj w kółku bez widoków na bliskie zakończenie.

Wobec tego jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że poszukiwanie nowych dowodów, nowych sposobów badania, któreby usunęły wszelkie wątpliwości na korzyść jednego lub drugiego zapatrywania, zostaje ciągle na porządku dziennym. Jakiegoż rodzaju mogą być te nowe dowody? Z historycznego przebiegu całéj kwestyi widzieliśmy, że metody, któremi się uczeni posługiwali do dziś dnia, tylko w sposób pośredni pozwalały sądzić o znaczeniu tych lub innych okolic kory mózgowéj. Ażeby więc usunąć wszelkie wątpliwości, potrzebaby było wyrobić metodę bezpośredniéj obserwacyi stanów czynnych w korze mózgowéj. Ponieważ jednak nie mamy żadnego kryteryjum dla sądzenia o tem, czy w pewnych warunkach stan psychiczny u zwierzęcia powstaje czy nie, przeto wypadało ograniczyć się na razie przynajmniéj do udowodnienia, że ilekroć razy powstają ruchy dowolne, lub istnieją warunki do powstania pewnych czuć, tyle razy tylko w pewnych okolicach mózgu można wykazać zmiany, charakteryzujące stan czynny układu nerwowego.

Zmiany charakteryzujące stan czynny, jak Panom wiadomo, rzeczywiście istnieją i są różnorodne, lecz najbardziéj charakterystycznemi z pomiędzy nich są zmiany elektryczne. Każdemu z Panów wiadomo, ze podczas stanu czynnego w nerwach, mięśniach lub gruczołach istnieje tak zwane wahanie wsteczne prądu elektrycznego, a prace Hermana, Bernsteina i innych wykazały, że każda cząsteczka téj lub innéj tkanki w stanie czynnym staje się ujemną w stosunku do części, pozostającéj w spoczynku.

Ponieważ prawo to, o ile dotychczasowe badania wykazują, nie przedstawia żadnych wyjątków, można więc było przypuszczać, że i w korze mózgowéj w okolicach, w których stan czynny istnieje, napięcie elektryczne będzie tak samo niższe jak w okolicach, które pozostają w stanie spoczynku. Ponieważ tkanka mózgowa jest sama przez się złym przewodnikiem i ponieważ kora mózgowa zajmuje samą powierzchnię mózgu i tworzy warstwę stosunkowo cienką, sądziłem więc na podstawie czysto teoretycznego rozumowania, że każdéj zmianie w korze mózgowéj musi odpowiadać zmiana elektryczna, i że jeżeli tak jest, w ten sposób nie tylko można będzie oznaczyć miejsca, w których zmiany występują wskutek rozmaitych wpływów dośrodkowych, bez uszkodzenia dróg, łączących rozmaite okolice, lecz w razie wykazania stałych stosunków można będzie także znaleść nowy dowód na korzyść lokalizacyi funkcyj. I rzeczywiście doświadczenia, które w tym celu przeprowadził w mojéj pracowni Dr. Beck i ogłosił już w roku zeszłym, przypuszczenia te najzupełniéj stwierdzają.

Że ta nowa metoda ma ważne znaczenie, świadczy fakt, że po ogłoszeniu téj rozprawy aż kilku innych autorów albo upominało się o pierwszeństwo, albo podawało swoje podobne, lecz do tego czasu nie ogłoszone spostrzeżenia. Jednakże gdy z jednéj strony spostrzeżenia te wogóle stwierdzały powyższą hypotezę, z drugiéj dostarczyły nam dowodów, że w gruncie rzeczy żaden z autorów nie wykonywał doświadczeń w tym celu, w którym my doświadczenia nasze przeprowadzaliśmy.

Udowodniwszy, że rzeczywiście zmiany elektryczne występują w korze mózgowéj w warunkach, wśród których mogą powstawać stany psychiczne, rozpocząłem wspólnie z Drem Beckiem nowy szereg badań, w których z możliwą dokładnością staraliśmy się zbierać dowody pro i contra lokalizacyi. W tym celu w nowych doświadczeniach zmiany elektryczne w korze mózgowéj obserwowaliśmy za pomocą dwóch galwanometrów, ażeby w każdéj chwili mieć możność kontrolować wyniki otrzymane w jednym galwanometrze za pomocą drugiego, oraz określić z wszelką dokładnością okolice, które się stają elektro-ujemnemi. Jakkolwiek doświadczenia nasze nie są jeszcze ukończone, jednakże korzystam z dzisiejszej uroczystości, ażeby w kilku słowach podać do wiadomości Panów te fakty, które dotychczas otrzymaliśmy.

W doświadczeniach naszych wychodziliśmy z założenia, że jeżeli hypoteza projekcyi w korze mózgowéj jest prawdziwa, to wszelkie zadrażnienie dostatecznie silne powierzchni czuciowéj ciała musi dojść do odpowiednich okolic kory mózgowéj i wywołać tam stan fizyjologiczny, który jest warunkiem powstania czucia; jeżeli więc taką okolicę połączymy z jednym biegunem galwanometru, drugi zaś ustawimy na miejscu obojętnem, musimy otrzymać prąd, który będzie wskazywał, że okolica badana jest ujemną. Lecz oczywiście z góry można było oczekiwać, że zjawisko to może wystąpić tylko w takim razie, jeżeli samo podrażnienie jest dość znaczne, lub jeżeli na niem skupia się uwaga zwierzęcia, w przeciwnym razie wypadało przypuszczać, że zmiany mogą być bardzo nieznaczne i tylko przejściowe. Badania nasze stwierdziły rzeczywiście te przypuszczenia: przykładając elektrody do kory mózgowéj psa lub małpy mogliśmy znaleść takie okolice, w których stale i zawsze występowały zmiany elektryczne, ile razy drażniliśmy odpowiednią okolicę czuciową, np. dotykaliśmy ręki (u małpy) lub nogi (u psa). Zmiany te niekiedy były tak znaczne, że tylko miejscowym stanem czynnym w korze mózgowéj można je wytłómaczyć. Nadto przekonaliśmy się, że okolice takie są dość ograniczone; przykładając elektrodę 2—3 mm. daléj od miejsca badanego albo zupełnie żadnych wahań nie otrzymujemy, albo bardzo słabe; okolice te są stałe, t. j. leżą zawsze w tych samych miejscach kory mózgowéj, mianowicie u małpy dla przedniéj łapki w dole poza *sulcus sigmoideus*, dla tylnéj także z tyłu *sulcus sigmoideus* lecz obok *sulcus longitudinalis*; u psa dla przedniéj łapy z tyłu *sulcus cruciatus* więcéj na zewnątrz; dla tylnéj nie jest tak dokładnie określoną, w każdym razie otrzymywaliśmy zmiany najczęściéj poza okolicą łapki przedniéj. Podobne zmiany otrzymywaliśmy przy drażnieniu innych okolic w innych miejscach kory, jednak nie tak dobitne, jak podczas dotykania łapki, co prawdopodobnie mogło zależeć od sposobu drażnienia, które nie wywoływało być może dostatecznie zlokalizowanego stanu czynnego. Jak-

kolwiek mamy nadzieję, że modyfikując sposoby podrażnienia powierzchni czuciowéj i dla innych okolic ciała znajdziemy odpowiednie miejsce w korze mózgowéj, jednakże już teraz otrzymane fakta najzupełniéj przechylają szalę na korzyść lokalizacyi, bo gdyby nawet wypowiedziane niedawno przez Horsleya przypuszczenie, że zmiany elektryczne w naszych doświadczeniach mogą zależeć od zmian w nerwach podkorowych, było prawdziwe, doniosłość naszych doświadczeń bynajmniéj się nie zmniejsza; przypuszczenie to jednak jest najzupełniéj nieprawdopodobne.

Stan czynny w nerwach nieuszkodzonych, jak z doświadczeń Hermanna wiadomo, przenosi się z taką szybkością, że zmian elektrycznych w nich za pomocą galwanometru wykazać nie można; tymczasem tu, pomimo że kora mózgowa była nieuszkodzoną, jeżeli elektrody były ustawione dokładnie w tych okolicach, które odpowiadały drażnionym okolicom obwodowym, co oczywiście jest rzeczą przypadku, występowały zmiany tak znaczne i trwały tak długo, że można je wytłómaczyć tylko przypuszczając, iż one są następstwem zmian w ośrodkach nerwowych.

Biorąc więc na uwagę własne badania i licząc się ze wszystkiemi faktami, które są podane przez innych autorów, sądzę, że i w komórkach mózgowych podobnie jak w innych częściach mózgu i rdzenia lokalizacyja nie tylko istnieje, lecz że jest bardzo dokładną, słowem, że w rzeczywistości mamy w korze mózgowéj projekcyę naszych narządów obwodowych czucia. Restytucyja funkcyi mózgu o jednéj półkuli u zwierząt, lub pomimo znacznych uszkodzeń u człowieka, bynajmniéj temu nie przeczy. Kora mózgowa, pomimo dróg wskazanych przez François Francka w rdzeniu, ma tak liczne komunikacyje między rozmaitemi częściami, że pewne z nich mogą być uszkodzone nie pociągając za sobą braku funkcyi innych. Lecz nie zależnie od tego faktu zachodzi tu jeszcze inna okoliczność: funkcyje kory mózgowéj są tak liczne i różnorodne, świat zewnętrzny w mózgu nawet najniższych zwierząt w tak rozmaity sposób i w tak różnorodnych kombinacyjach się odbija, że przy dzisiejszych sposobach badania możemy nie spostrzedz nawet bardzo znacznych braków w sferze psychicznéj zwierzęcia. Wszystkie twierdzenia autorów, że po wycięciu tych lub owych części mózgu, zwierzę zachowuje się tak, jak zwierzę prawidłowe, są najzupełniej dowolne. Gdzież są dowody, że u zwierzęcia, ktore po wycięciu całéj półkuli porusza się prawidłowo, jak nasz gołąb, istnieje ten cały nieprzerwany potok stanów świadomości, tych czuć, wyobrażeń, popędów, i t. p., które istnieją u zwierzęcia zdrowego. Wszak nieraz zmian w sferze psychicznéj, jak świadczą spostrzeżenia na umysłowo chorych, nie jesteśmy w stanie ocenić, nawet w przypadkach, gdzie one są bardzo daleko posunięte. Co więcéj, zmian podobnych nie dostrzegamy przecież na sobie samych. Oczywiście, że tem trudniéj ocenić zmiany stanu umysłowego u zwierząt.

Z tego też powodu opieranie się na faktach tak wątpliwéj wartości, w celu udowodnienia, że w korze mózgowéj lokalizacya nie istnieje, według naszego zdania nie może mieć żadnego znaczenia. Jeżeli potrzeba specyalnego układu i specyalnych grup nerwowych dla każdéj czynności odruchowéj w ustroju, jeśli działania zewnętrzne na te grupy z mechaniczną koniecznością wywołują zawsze tę samą czynność, jeśli z tą samą mechaniczną koniecznością wrażenia zewnętrzne wywołują u nas pewne wyobrażenia, jeżeli odtwarzania się stanów psychicznych, jak świadczą prawa assocyacyi, zachowują pewną prawidłowość, to czyż cały ten szereg faktów nie przemawia za tem, że również stałe muszą być stosunki pomiędzy nerwami dośrodkowemi i odśrodkowemi i mechanizmami środkowemi mózgu, tem bardziéj, gdy za tym loicznym wnioskiem przemawiają także liczne doświadczenia na zwierzętach, i spostrzeżenia na ludziach, tem bardziej, jeżeli na podstawie zmian elektrycznych, chociażby dla pewnych czuć, tę stałość stosunków wykazać można bezpośrednio.

Wszelako ostateczna decyzya należy jeszcze do przyszłości. Na dziś wypada mi tylko zaznaczyć, że dla rozwiązania téj tak ważnéj dla patologii i terapii mózgu kwestyi nasze najdokładniejsze badania eksperymentalne wystarczyć nie mogą, z powodu, że tu wchodzi w grę pierwiastek podmiotowy, tu potrzeba, ażeby eksperymentalnéj fizyjologii podała rękę patologia, mianowicie neuropatologia, psychijatryja i anatomia patologiczna i ażeby przestrzegając jak największéj ścisłości naukowéj, nauki te kontrolowały siebie wzajem.

Tylko w ten sposób zebrane fakty głównie na człowieku dadzą podstawę do stanowczego rozwiązania kwestyi.

III. O nowych metodach leczniczych w chorobach skóry z szczegółowem uwzględnieniem mydeł Eichoffa.

Napisał

Dr. Henryk Mendelsburg.

Przypuścić by należało, że przyczyn wszelkich zmian na skórze już z powodu samego zewnętrznego ich umieszczenia, raczéj w szkodnikach zewnętrznych, aniżeli w dyskrazyjach wewnętrznych i cierpieniach ustrojowych szukać należy. Mimo to nauka o dyskrazyjach i dyjatezach tak dalece zawładnęła umysłami lekarzy dawniejszych, że i patologija skóry jej ominąć nie mogła, a dermatologowie owego okresu, jak n. p. Brookes, dzielą choroby skórne na artrytyczne, reumatyczne, nerwowe i t. d.

Rozumie się samo przez się, że wślad za tłumaczeniem sobie zjawisk patologicznych szło i ich leczenie. Skoro przyczyna była we krwi i sokach, leczono wewnętrznie. Nawet ojciec dzisiejszéj dermatologii, Hebra, nie umiał się dyskrazyjom całkiem sprzeniewierzyć, leczeniu bowiem wewnętrznemu w celu poprawy krwi i organizmu w pewnych przypadkach wyprysku, *pemphigus*, *lichen*, *lupus* i t. d. wielką przypisywał wartość. Powiadamy: w pewnych przypadkach, ale nie we wszystkich. Niewygasłą bowiem zasługą jest Hebry, iż zasadę miejscowego leczenia, której dziś cała medycyna hołduje, pierwszy podniósł do wysokości dogmatu. Dziś dermatologija na wytkniętéj przez Hebrę drodze postępuje coraz daléj.

Runęła nauka o dyskrazyjach. Virchow pogrzebał ją przed laty. Dziś Davaine, Pasteur, Koch, Fränkel, Friedländer i inni tworzą naukę nową, naukę o bakteryjach, o szkodnikach zewnętrznych. Szkodniki te, które tak łatwo do najskrytszych zaułków organizmu ludzkiego się dostają, tem łatwiéj skórze szkodzić mogą, skóra bowiem w pierwszym szeregu z niemi walczy, a natura do walki téj zaopatrzyła ją w silny pancerz — w przyskórek. Na podstawie zatem badań bakteryjologicznych, dział chorób skórnych pasorzytniczych zwiększa się kosztem działu drugiego rok rocznie, a dermatologowie zaczynają dzie-

lić choroby skóry na dwa wielkie i główne działy: na choroby skórne pasorzytniczéj i niepasorzytniczéj natury.

Już cała grupa eczem, *psoriasis*, *pemphigus*, *impetigo*, *lupus*, *molluscum contagiosum* i wiele innych do przeciwnego obozu przechodzi a Unna[1]) nawet tak daleko idzie, że za przyczynę wszelkich wyprysków tylko pasorzyty uważa i jeżeli dezercyja ta potrwa daléj, to szeregi działu pierwszego znacznie przerzedzone zostaną.

Szkodnik zatem z zewnątrz przychodzi. Osiada w skórze i jużto jako pasorzyt lub jako szkodnik termiczny lub mechaniczny wywołuje jéj chorobę. Sposób więc leczenia nasuwa się sam przez się. Uwolniwszy żołądek od niepotrzebnego balastu, lek stosować będziemy tylko wprost na skórę. Tę metodę leczniczą zainaugurował w całéj pełni Hebra. Do celów swoich używał on przedewszystkiem maści i plastrów.

Myślą przewodnią w tworzeniu ich było jak najjednostajniejsze rozdzielanie i utrwalanie leku na wielkich obszarach skóry. Hebra używał do maści przeważnie sadła wieprzowego, rzadziéj posługiwał się tłuszczami roślinnemi (maść Hebry), plastry zaś sporządzał z łoju lub wosku z dodaniem żywic. Tłuszcz wieprzowy nie zupełnie się do tego nadawał. Przy cieple ciała łatwo topniejąc, rozlewał się na części zdrowe skóry, które leczenia nie potrzebowały, a co najważniejsza, szybko wydzielał kwasy tłuszczowe czyli jełczał. Skutkiem tego nietylko skórę jeszcze bardziéj drażnił, ale z lekiem zmięszany w różne połączenia wchodził, zmieniając jego działanie a zatem i wartość leczniczą.

Budowa skóry, jak wiadomo, jest dość skomplikowaną. Nie jest to jedna równa płaszczyzna, lecz skóra na powierzchni swéj posiada otwory gruczołów swych, jakoteż pochewek włosowych. Często zarodek choroby właśnie w nich się gnieździ (*trychophyton tonsurans*) i maść aż do tych zaułków dostać się winna, jednakowoż, jak późniéj zobaczymy, bez silnego wcierania tam się nie dostaje. Plastry jako mało podatne niezawsze z powierzchnią skóry należycie się stykają, nadto zawierają części składowe drażniące, jak żywicę. Aby tym brakom zapobiedz, starano się działać w dwóch kierunkach, a mianowicie tworzyć najpierw tłuszcze bardziéj trwałe, czyli nie tak łatwo się rozkładające, jakoteż bardziéj rozdrobnione. W tym celu łączono tłuszcze zwierzęce z olejkiem migdałowym i gliceryną. I tak powstały powszechnie znane i do dziś dnia używane *unguentum emolliens*, *glycerini* etc. Uciskiem opasek starano się z temi tłuszczami złączony lek w skórę wgnieść. Na drodze wynajdowania tłuszczów delikatniejszych i wpływowi powietrza bardziéj opierających się nie ustawano. Szło o to, aby używać do maści tłuszczów nie jełczejących nawet po długiem staniu a więc leku nierozkładających, któreby mimo swéj delikatności przy ciepłocie ciała się nie rozlewały, a zatem były konsystencyi zbitszéj i mimo to żeby nie tylko dostawać się mogły do zaułków skóry ale i przez komórki przyskórka przyswajane i resorbowane, skórę podatniejszą i przystępniejszą dla leku czyniły. W r. 1874 zaczęli po raz pierwszy lekarze amerykańscy używać jako *constituens* do maści przeważnie ocznych tłuszczu mineralnego, który się przy destylacyi nafty, jako produkt uboczny, otrzymuje. Tłuszczem tym jest waselina (*saxoleum inspissatum*). Waselina mniéj lub więcéj odpowiada w zupełności poprzód wymienionym warunkom, utlenia się nadzwyczaj trudno, topnieje dopiero przy 41°—42°C, mięsza się jednostajnie z innemi tłuszczami a kwasy i zasady nawet w stanie zgęszczonym przy zwykłéj ciepłocie na nią nie działają. Pod mikroskopem przedstawia się jako masa krystaliczna, z licznych kryształków się składająca. Dzisiaj posiadamy już jéj 3 odmiany: waselinę amerykańską barwy pomarańczowo-żółtéj, konsystencyi syrupowatéj i jak miód się ciągnącéj, ta do dziś dnia jest najlepszą; waselinę austryjacką barwy jasno-żółtéj i niemiecką barwy białéj. Waselina dla swych przymiotów wkrótce się rozpowszechniła i była przed kilku laty powszechnie i jedynie do maści użytecznem *constituens*. Okuliści pierwsi, idąc za radą lekarzy amerykańskich, zaczęli jéj używać do maści ocznych a za niemi poszli i dermatologowie. Kaposi użył jéj pierwszy w maści Hebry. Skóra drogą gruczołów swych jakoteż i samych komórek przyskórkowych po wcieraniu resorbuje ją, a na to wcieranie nacisk szczególny kładę, albowiem przy omawianiu własności mydeł, jedna z nich bardzo ważna t. j. nadzwyczajna łatwość resorbcyjna tém lepiéj się uwydatni. — Doświadczenia w tym kierunku podjął ostatniemi czasy na psach i królikach Dr. Sobierański[1]). Po wcieraniu mógł za pomocą wyciągu benzolem lub eterem uwalniając pozostałość od tłuszczów za pomocą etylanu sodowego lub zmydlenia, wykazać w narządach lub odchodach zwierząt, obecność waseliny.

Przed kilku laty, zaczął Liebreich używać do maści innego tłuszczu, mianowicie lanoliny. Jestto tłuszcz zwierzęcy z wełny jagniąt otrzymany. Ma to wspólne z waseliną, iż nie utlenia się, że łączy się z łatwością z innemi tłuszczami jakoteż lekami, przewyższa zaś ją własnością pochłaniania wody (100 części), jest więc hygroskopijną a własnością tą zbliża się do gelatynowych klejów i do mułów Unny. Skóry jednakowoż nie czyni tak podatną jak waselina, chociaż jako tłuszcz zwierzęcy większe winna mieć do niéj powinowactwo, prócz tego będąc konsystencyi syrupowatéj o barwie masła, jest za płynną, aby jéj można saméj w połączeniu z lekami używać. Chcąc utworzyć maść, musimy ją łączyć z innemi tłuszczami, na czem znów jéj własność przyswajania sobie wilgoci wiele cierpi.

Nareszcie aptekarz lipski Caup, widząc co raz więcéj rozpowszechniające się używanie w maściach mydeł mazistych potasowych dla lepszéj leków resorbcyi, utworzył tłuszcz nowy, który przy rozcieraniu zmydla się i pieni. Tłuszcz ten nazwał mollinem[2]). Jaka jest jego wartość i czy daléj używanym bywa, powiedzieć nie umiem. Zdaje się, że nie musiał się zbytnio rozpowszechnić.

Tak więc przytoczyliśmy po kolei wszystkie ważniejsze tłuszcze, których do tworzenia maści używamy, a na pytanie, czy odpowiadają one w zupełności swojemu zadaniu, odpowiedzieć musimy krótkiem słowem: nie a to dlatego, bo metoda leczenia maściami nie liczy się z czynnością fizyjologiczną skóry i zmienionemi jéj funkcyjami w stanie patologicznym.

Skóra ludzka jako narząd mający swoje ważne do spełnienia zadania, wytwarza w stanie fizyjologicznym jużto celem, jużto wskutek ich pełnienia pewne produkta, które na zewnątrz ujść muszą. Do tych należą jako ciała lotne, kw. węglowy i para wodna, jako ciało płynne pot z 0·20% mocznika i jako ciało stałe tłuszcz z dwóch pochodzący źródeł tj.

[1]) Sprawozd. z pos. dermatologów w Lipsku 1891.

[1]) O resorbcyi skóry. Sprawozd. z II. zjazdu lekarzy polskich. Przegl. Lek. Nr. 39, 1891. — [2]) Dr. Kühn, Berlin. *Ein neues Salbenconstituens. Berl. kl. Wschft.* Nr. 40, 1890.

łói z gruczołów łojowych, a jeszcze więcéj, jakto Meissner i Unna wykazali, z potnych i tłuszcz glicerynowy przez Ranviera eleidynem nazwany, który produkują komórki przyskórka, jakto Buzzi udowodnił. Prócz tego powierzchowne komórki obumarle łuszcząc się, stale odpadają w kształcie tak zwanego łupieżu. Skóra chora prócz tych produktów wydziela, według tego w jakim okresie procesu patologicznego się znajduje, albo te same produkta tylko w znacznie powiększonéj ilości, albo twory skutkiem zapalenia powstałe, jak surowicę i ropę a często i tkankę nekrotyczną. Głównym celem tworzenia tłuszczów w saméj sobie jest nietylko uczynienie skóry jako powłoki zewnętrznéj, a zatem do ruchów ciała muszącéj się stosować, elastyczniejszéj, ale wspiera ono także działane zrogowaciałego przyskórka, który sam będąc złym przewodnikiem ciepła, na wewnątrz i zewnątrz tłuszczem oblewany, ciepło tem więcéj w organizmie utrzymuje, niepozwalając mu z niego uchodzić. Nie wstrzymuje jednak tłuszcz przyskórka wydobywania się na zewnątrz drogą przewodów gruczołówych produktów fizyjologicznych a tém mniéj patologicznych wtedy, kiedy przyskórek znajduje się sam w stanie rozluźnienia. Do zatrzymania ich tem łatwiéj przychodzi, gdy przewody gruczołów są łojem zapchane i w skutek tego niedrożne. W celu utrzymania zaś ich drożności, jednym z ważnych czynników hygijenicznych jest kąpiel i mydło.

Tak jak chirurg, lecząc ranę pooperacyjną, główną uwagę swą zwrócić musi na ułatwienie i utorowanie drogi wydzielinom śród gojenia ran powstającym, tak samo i dermatolog w ten sam sposób powinien leczyć chorą skórę, by wszelkie jéj produkta czyto fizyjologicznéj czy patologicznéj natury łatwe ujście miały, w przeciwnym bowiem razie gromadzące się na powierzchni skóry, często jeszcze nieprzemakalną maścią powstrzymywane, skórę chorą jeszcze bardziéj drażnią wcale się do usunięcia procesu patologicznego nie przyczyniając.

Często wskutek długotrwałego drażnienia, lub skutkiem chronicznego zapalenia, przychodzi do rozrostu komórek przyskórkowych, nacieku komórkowego i przerostu tkanki łącznéj warstwy brodawkowéj i właściwéj skóry. Przedmiotem tego rodzaju zmian są stare, chroniczne wypryski o skórze twardéj, zgrubiałéj, często na powierzchni się łuszczącéj. Ażeby taki wyprysk usunąć, należy najpierw usunąć rozrost części morfologicznych, co czynimy jużto za pomocą leków rozpuszczających przyskórek jużto za pomocą środków drażniących, a to celem wywołania większego nawału krwi do zgrubiałéj skóry, poprawienia przez to stosunków odżywczych i rozluźnienia części składowych skóry, celem łatwiejszego wessania leku, któryby wprost na stare produkta zapalne mógł zadziałać.

Metoda leczenia maściami ani jednemu ani drugiemu zadaniu nie czyni zadość. Wyobraźmy sobie chorobę skórną wytwarzającą wydzieliny, n. p. wyprysk powstały skutkiem większéj produkcyi tłuszczu, t. j. *eczema seborrhoicum*. Głównem zadaniem leczenia będzie, prócz powstrzymania nadmiarowego wytwarzania się łoju, także natychmiastowe usunięcie go, aby zalegając skóry nie drażnił, zapalenia w niéj nie wywoływał i sączenia nie sprowadzał. Jeżeli zatem tego rodzaju wyprysk pokryjemy maścią, to płaszczyznę chorą zamykamy szczelnie ciałem nieprzepuszczającem czyli działamy wprost na przekorę jednemu z ważnych wskazań. Tłuszcz w skład maści wchodzący paraliżuje w części skutkiem tego działanie choćby najlepiéj dobranego leku. Także i w przypadkach drugiéj kategoryi jeżeli chcemy podziałać lekiem w głąb, musimy to czynić przy terapii miejscowéj przez ucisk opaskami. Leczenie maściami więc nie odpowiada w zupełności naszym chęciom i dlatego w wielu przypadkach było bardzo utrudnione.

Unna z Hamburga, chcąc zadość uczynić poprzednim warunkom, zaczął łączyć leki nie z tłuszczami lecz z alkoholem i eterem [1]) i za pomocą sprayu na chorą skórę rozpryskiwać. Alkohol i eter rozpuszczając tłuszcz, tem łatwiéj do przewodów gruczołowych się dostają, lek za sobą pociągając. Prócz tego alkohol i eter pochłaniając wodę, skórę obsuszają a w chorobach pasorzytniczych jako *antiseptica* działają. Ponieważ alkohol i eter łatwo są zapalne, a zatem wszelkie stosowania ich przy świetle lampy lub świecy niebezpieczne i ponieważ zastosowane na skórę o rozluźnionym przyskórku silne sprawiają pieczenie, metoda ta nie mogła się rozpowszechnić. Niedościgniony na polu lecznictwa skóry Unna wymyślił nowe sposoby. Są niemi:

a) Kléj gelatynowy (*Gelatinleime*)[2]).

b) Mule maściowe (*Salbenmulle*) i

c) Gutaperchowe mule plastrowe (*Guttaperchapflastermulle*)[3]).

Dwóch pierwszych metod używa w przypadkach nadmiernéj wydzieliny, jeżeli idzie o lepszą jéj resorbcyję a płytsze zdziałanie leku, czyli o powiększenie siły działającéj od wewnątrz ku zewnątrz (*erythema, eczema madidans, impetigo* etc.). Trzeciéj metody używa się, jeżeli idzie o zadziałanie w kierunku przeciwnym t. j. od powierzchni ku wewnątrz w celu rozluźniania tkanek i rozprowadzenia w głębsze warstwy leku, n. p. w naciekach skóry, w starych wypryskach suchych, w liszaju żrącym etc.

Głównym przedstawicielem kleju gelatynowego Unny jest kléj cynkowy (*Zinkleim*). Tworzy się według następującéj formułki:

Rp. Zinci oxydati 10·0, Gelatinae albae, Glycerini, Aq. dest. aa 30·00.

Do formułki téj można dodać w stosunku, jaki się uważa za stosowny, lek inny, jak: kw. salicylowy, borowy, dziegieć. ichtyjol etc. byle nie przetwory, które gelatynę rozkładają n. p. taninę. Wszystkie części składowe mają własność wysuszania. Cynk działa ściągająco, gelatyna przyjmuje i wciąga w siebie wodę, a zatem i surowicę a lek dodany działa według wskazania i potrzeby jużto keratolytycznie jużto plastycznie. Gelatyna z powodu swéj własności wsysania wody obniża ciepłotę skóry i sprawia przyjemne uczucie chłodu, znosząc uporczywe często swędzenie. Ponieważ jest hygroskopijną, transpiracyi nie wstrzymuje, więc można bez obawy klejem obsmarować nawet całe ciało.

Postępowanie jest następujące. Klej, który w stanie zimnym jest masą stałą, rozpuszcza się w łaźni wodnéj i zwykłym pędzlem na skórę wciera. Powierzchnię przykrywa się kawałkiem waty, która do kleju przyrasta. Po chwili wszystko tężeje. Jeżeli sekrecyja nie jest zanadto silną, opatrunek ten kilka dni leżeć może a odejmuje się go

[1]) Dr. P. G. Unna. *Der medicamentöse Aether- u. Alcoholspray. Prl. kl. Wschft.* 1882. Nr. 20—21. — [2]) *Die medicamentösen Leime von Dr. G. Unna. Aerztliches Vereinsblatt* 1886 Nr. 176. — [3]) *Die neueren Fortschritte in der Therapie der Hautkrankheiten. Aerztliches Vereinsblatt* 1885. Nr. 158.

przez odmoczenie ciepłą wodą. Przeciwwskazane są kleje u pacyjentów, którzy pracują w wysokich ciepłotach i przytem silnie się pocą. U takich lepiéj działają pasty zawierające w sobie odpowiednią ilość mączki skrobiowéj, która także własności hygroskopijne w znacznéj ilości posiada.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XI. Posiedzenie z d. 20 czerwca 1891.

Przewodniczący kol. Ziembicki. Obecnych członków 30.

I. Kol. Pisek przedstawia chorą z plamicą Werlhofa (*M. macul. Werlhofii*). Spojówka gałkowa oka praw., powieki i skóra choréj zasiana licznemi wybroczynami w różnorodnéj postaci. Na udach wynaczynienia dochodzą wielkości jaj kurzych. Prelegent zwraca szczególniejszą uwagę na wybroczyny koło ucha i na twarzy się znajdujące. W tych miejscach zazwyczaj brakuje wynaczynień, brak ten w początkach choroby posłużyć może do rozróżnienia *M. mac. Werlhofii* od *Variola (acutissima) haemorrhagica* czyli *Purpura variolosa*, w któréj najwcześniéj właśnie na twarzy stwierdzić można wynaczynionki. Dziąsła nie okazują owrzodzeń, a krwawienie pochodzi z zębodołów, w których tkwią resztki korzeni zębów. Chora, która w 7-ym tygodniu po porodzie (piątym z rzędu) zapadła na plamicę Werlhofa, nigdy przedtem nie bywała chorą, a w szczególności objawów skazy krwotocznéj nie okazywała. Plamy wystąpiły naprzód na nogach, a częste krwotoki z nosa i dziąseł skłoniły chorą do szukania porady lekarskiéj. Badanie organów wewnętrznych nie wykazuje zboczeń, mocz prawidłowy; chora nie gorączkuje.

W uwagach nad przedstawionym przypadkiem chorobowym omawia prelegent znaczenie i rodzaj petoci (*Petechiae*) t. zw. idyjopatycznych, powstających często z przeszkód w krążeniu (z wad sercowych, z kaszlu, po wymiotach przy kokluszu, przy porodzie, w mocznicy, epilepsii itd.), w przeciwstawieniu do wynaczynionek czyli petoci t. zw. symptomatycznych.

Do téj grupy należą plamice:

1) *Purpura simplex* (i *papulosa, Hebra*)

2) *purpura rheumatica* czyli *peliosis rheumathica Schönlein* — przypadek tego rodzaju obserwował prelegent przed rokiem, gdzie około 8-go dnia wśród gośćcowego zapalenia stawów kolanowych wystąpiły liczne, dość znaczne wynaczynionki krwawe po całem ciele utrzymując się przez kilka tygodni wśród zmiennego obrazu przypadów gośćcowych.

3) *Purpura haemorrhagica*, którą w r. 1775 po raz pierwszy Werlhof opisał i stąd nazwa jéj *M. mac. Werlhofii*. Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że i ta choroba polega na zakażeniu bakteryjnem — doświadczenia na zwierzętach, które między innymi wykonał Petrone, zdają się za tem przemawiać.

Tu również należy gnilec czyli *Scorbutus* różniący się od choroby Werlhofa: *a*) obecnością krwotocznego zapalenia i owrzodzeń dziąseł; *b*) przebiegiem długotrwałym; *c*) nagabywaniem osób już schorzałych a pozostających pod wpływem niekorzystnych warunków hygijenicznych, zaś etyjologija *M. mac. Werlhofii* jest zazwyczaj niejasną; *d*) występowaniem zazwyczaj w znaczniejszéj liczbie przypadków (nagminnie); *e*) długiem *stadium prodromorum* (bez krwotoków) cechującem się ogólnem osłabieniem, bólami mięśniowemi, wrażliwością na niską ciepłotę, sennością, przygnębieniem, cerą ziemistą. Choroba Werlhofa przeciwnie występuje szybko, po bardzo nieznacznych objawach zwiastunowych u osób względnie zdrowych, nie okazujących znacznego upadku ogólnego stanu zdrowia; *f*) objawy miejscowe w szkorbucie okazują obok cechy krwotocznéj, zazwyczaj cechy zapalne i dążność do owrzodzenia; *g*) w gnilcu upadek sił jest wyrazem ogólnego charłactwa, zaś stan ogólny chorych w chorobie Werlhofa zależy prawie wyłącznie od ilości krwi straconéj, niedokrewność jest w prostym stosunku do strat; *h*) gwałtowne krwotoki do jam opłucnowych lub osierdziowych wydarzają się przeważnie przy gnilcu, podczas gdy znaczne krwawienia czasem śmiertelne, jakie występują w przebiegu plamicy Werlhofa, dotyczą nosa, żołądka i jelit, dróg moczowych i narządów płciowych. Pomimo to wszystko niektórzy nieliczni klinicyści uważają plamicę Werlhofa za postać ostrą gnilca, zwłaszcza, że wydarzają się acz rzadko przypadki chorobowe, atypowe. Łatwem jest rozróżnienie plamicy Werlhofa od następujących grup chorobowych cechujących się również wysypką plamisto krwotoczną.

4) *Haemophilia*, zazwyczaj choroba dziedziczna przewlóczna, ciągle na nowo wybuchająca u tegoż samego indywiduum.

5) *Diathesis haemorrhagica* u chorych dotkniętych bielicą (*Leucaemia*) itp. chorobami krwi.

6) *Petechiae* w przebiegu pewnych otruć, posocznicy, cholery, *mycosis intestinalis*, tyfusu plamistego (w którym *roseola* przechodzi w *petechiae*).

7) *Purpura variolosa* czy *variolosa acutissima* znana, prawie zawsze śmiertelna postać ospy.

Co do trwania choroby Werlhofa, to zazwyczaj przeciąga się na kilka do 6 tygodni — i zależnie od większéj lub mniejszéj utraty krwi pozwala przeważnie pomyślnie rokować. Wyjątkowo następuje z przyczyny krwotoku zejście śmiertelne lub też rozwijają się następowe śmiertelne choroby. Czasami przypadki początkowo na pozór łagodne przechodzą późniéj w groźne, kończące się śmiercią.

Leczenie obejmuje oprócz ogólnych zasad hygieniczno-dyjetetycznych, szereg leków zazwyczaj mało wpływających na przebieg choroby. Już Werlhof poleca *ac. sulfuric.*, inni polecają *ac. nitric.*, *phosphoric.*, *muriat.*, *tartaric.*, *acetic.*, *citric.*, oczywista z tym samym nader wątpliwym skutkiem. Jarzyny świeże tak korzystnie w gnilcu działające, są w plamicy Werlhofa zupełnie bezskuteczne. Toż samo odnosi się do ergotyny, *ferr. sesquichlor.*, *plumb. acet.*, terpentyny. W nowszych czasach zalecają *Extr. fluid. Hydrastis canad.* po 20—30 kropel kilka razy dziennie. Prelegent stosował przed 3 laty środek ten w podobnym przypadku z przemijającym skutkiem. W danym przypadku zalecił prelegent *ferr. sesquichlorat.* miejscowo a wewnętrznie ergotynę, małe ilości płynów chłodnych, kwaskowatych, lewatywy w razie potrzeby, spokój bezwarunkowy w łóżku.

Że w przypadku zapadu wskazane są *excitantia*, *alcoholica* jest rzeczą jasną, również i podskórne infuzyje soli kuchennéj, gdyby niedokrewność była groźną. Infuzyje te, jak się prelegent w przyp. gwałtownéj *haematemesis* przekonał, działają bardzo dobrze przynajmniéj na kilka godzin.

W dyskusyi zabierali głos kol. Krokiewicz i prelegent.

II. Kol. Ziembicki mówi o wykonanem przez siebie z pomyślnym skutkiem wyłuszczeniu nerki *per laparatomiam* z powodu *hydronephrosis*. *b*) przedstawia preparat żołądka nadmiernie rozszerzonego i opowiada odpowiednią historyję choroby. U choréj badanie wykazywało obrzęk w brzuchu chełboczący sięgający od spojenia łonowego aż powyżéj pępka — wypuk na całéj przestrzeni stłumiony przy zmianie położenia choréj nie zmieniający się. Dolegliwości prócz ciężkości obrzęk żadnych nie sprawiał; objawów ze strony żołądka mimo dwuletniego trwania żadnych. Przy laparotomii zaś przekonano się, że obrzękiem tym jest nadmiernie pokarmami wypełniony żołądek sięgający aż w głąb miednicy. Założono małą przetokę żołądkową celem wypłukania dokładnego, a kiedy po kilku dniach żołądek się zmniejszył, przekonano się, co w pierwszym dniu było niemożliwem, że przyczyną rozszerzenia znaczne zwężenie odźwiernika, przez które teraz przeprowadzono kateter, aby chorą tą drogą odżywiać, jednakże taż z powodu inanicyi życie zakończyła.

W dyskusyi zarzuca kol. Krokiewicz, dlaczego przed operacyą nie płukano żołądka i nie rozszerzano gazami, i zapytuje jak się zachowywały chlorki. Kol. Ziembicki odpowiada, że wobec braku wszelkich objawów żołądkowych, braku wymiotów itd., nie mógł przypuszczać zmiany żołądka, chlorki zaś zachowywały się prawidłowo.

Kol. Wehr zapytuje, dlaczego nie zrobiono dilatacyi odźwiernika, kol. Ziembicki odpowiada, że miał zamiar zrobić dilatacyję lub resekcyję odźwiernika, lecz chciał wprzód chorą odżywić, co się niestety nie powiodło.

Kol. Krokiewicz podnosi następnie, że przypadek wyjęcia nerki jest ważnym tak z powodu pomyślnego wyniku jak i przebiegu klinicznego i zapytuje, czy po operacyi nie było objawów uremii, gdyż widział przypadek, gdzie po wyjęciu nerki, która nie była już zdrową, wystąpiły objawy uremii i znaczne zmniejszenie się ilości mocznika w moczu.

Kol. Ziembicki odpowiada, że w jego przypadku nerka wyjęta zmienioną była zupełnie w jeden wielki torbiel a druga zapewne od dawna jéj funkcyje objęła, dlatego objawów uremii nie było. Tego samego zdania są koll. Wiczkowski i Schramm.

III. Nastąpił wykład kol. Ziembickiego o „infekcyi mięszanéj w tyfusie". W nader ożywionéj dyskusyi zabierali głos koll. Feigel, Krokiewicz, Wernicki, Pisek, Seifmam, Szpilman i Wehr.

Sekretarz: *Dr. Mukowicz.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. z d. 2 grudnia 1891 r.

Przewodniczący kol. Gluziński. — Członków obecnych 31.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmiany przyjęto.

II. Do komisyi przemysłowej lek. delegowano Dr. Śliwińskiego w miejsce nieobecnego Prof. Jaworskiego.

III. Kol. Obaliński przedstawił 3 odłamki cewników miękkich gumowych, wydobytych przez siebie z pęcherza i zwrócił uwagę na łatwą łamliwość tychże. W dyskusyi zabierali głos koll.: Bossowski, Zarewicz, Mars.

IV. Kol. Opieński wygłosił rzecz o obecności kw. żółciowych w moczu tak fizyjologicznym jak i patologicznym, która będzie umieszczona w „Przeglądzie Lekarskim".

W dyskusyi zabierali głos: kol. Gluziński nie zgadza się na wyrugowanie pojęcia *icterus haematogenes*, w którym to razie kwasy żółciowe znalezione w moczu stanowią moment rozstrzygający między żółtaczką powstałą z powodu utrudnionego odpływu żółci a żółtaczką z innych przyczyn powstałą. Nadto rozróżnienie ścisłe poszczególnych postaci marskości wątroby nie daje się na podstawie obecności kw. żółciowych w moczu przeprowadzić. — Kol. Wojtaszek odmawia ścisłości doświadczeniom przeprowadzonym przez podawanie wewnętrzne żółci, gdyż prelegent podawał takową w postaci pigułek zarobionych z *extr. taraxaci*, który potęguje jeszcze działanie żółci na zwiększenie ruchu robaczkowego jelit. — Kol. prelegent odpowiada koledze Gluzińskiemu, iż rozchodzi się tu tylko o nazwę *icterus haematogenes* używaną przez Quinckego, prelegent zastrzega się co do rozróżnienia ścisłego form marskości wątroby, podnosi dalej, iż kwestyja czy w moczu fizyjologicznym są kwasy żółciowe, czy nie, nie da się rozstrzygnąć, jeżeli się nie uwzględni ilości użytego do badania przedmiotu.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

VII. Posiedzenie z d. 5 grudnia 1891 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 9.

I. Prof. Trochanowski zdał sprawę z rozbioru chemicznego świeżo ocembrowanych zdrojów Wysowskich, jakiego dokonał w lipcu b. r. Celem głównym rozbioru chemicznego było przekonanie się, czy i o ile zmienił się skład tych wód po ocembrowaniu. Oprócz ciepłoty, ciężaru gatunkowego, ilości składników stałych, oznaczono ilościowo w 5 zdrojach (Rudolfa, Bronisława, Józefa, Wandy i Słonem) węglan sodowy, chlorek sodu, jodek i bromek sodowy, kwas krzemowy, węglan wapniowy, magnowy i żelazawy, wreszcie całkowitą ilość kwasu węglowego. Z rozbioru tego wynika, że skład chemiczny tych zdrojów nie uległ żadnym niekorzystnym zmianom od r. 1879, w którym to roku Prof. Trochanowski zdroje te po raz pierwszy chemicznie badał, i że kamienne ocembrowanie zdrojów dokonane w czerwcu b. r. wpłynęło znakomicie na ilość bezwodnika węglowego. I tak znaleziono tego ciała:

	w r. 1879	w r. 1891
W zdroju Słonym	0·80636 . . .	0·99845
„ Rudolfa	1·47298 . . .	1·64218
„ Bronisława	1·04930 . . .	2·13759

Te trzy zdroje okazały się najstalszemi w składzie chemicznym, nieco wybitniejsze zmiany okazały zdroje Józefa i Wandy.

Nadto poddany został rozbiorowi chemicznemu zdrój Olgi dotychczas nie analizowany. Jest on podobny do zdroju Słonego: Okazuje c. g. 1·00516, ciepłotę 11·7°C. i zawiera w 1000 gm. składników stałych 4·55622, z czego przeważna część przypada na dwuwęglan sodowy, chlorek sodu i dwuwęglan żelazowy. Ilość bezwodnika węglowego istotnie wolnego wynosi 1·40546.

Wyniki te przyjęto do wiadomości wyrażając Zarządowi zdrojowemu w Wysowy uznanie za ponowienie rozbioru chemicznego zdrojów.

II. Przyjęto do wiadomości wynik jakościowego rozbioru chemicznego siedmiu zdrojów w Drużbakach na Spiżu, który wykonał Doc. Dr. Bandrowski.

III. Prof. Dr. Olszewski zdał sprawę z obecnego stanu fabrykacyi wód gazowych PP. Rzący i Chmurskiego. Ze sprawozdania tego wynika, że fabryka znajduje się w zupełnym porządku, że woda dystylowana używana do fabrykacyi sztucznych wód mineralnych jest zupełnie chemicznie czystą i nie posiada żadnéj woni ani też żadnego nieprzyjemnego smaku. Woda źródlana używana do fabrykacyi zwykłéj wody sodowéj okazała się przy badaniu chemicznem zupełnie odpowiednią do téjże fabrykacyi; jej skład chemiczny nie zmienił się od tego czasu, kiedy ostatnim razem była badana i za dobrą uznana. — Na téj podstawie uchwalono i nadal popierać wody gazowe wyrobu PP. Rzący i Chmurskiego.

IV. Zastanawiano się nad tegorocznemi wynikami szczepienia krowianką krajową.

V. Dr. Śliwiński w imieniu podkomisyi do popierania krajowych wyrobów narzędzi chirurgicznych, bandażów i przyrządów ortopedycznych zdał sprawę z obecnego stanu pracowni narzędzi chirurgicznych P. Ludwika Knapińskiego, który na wystawie przyrodniczo-lekarskiéj podczas ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie otrzymał za swe wyroby wielki medal srebrny. Podkomisyja przyszła do zgodnego przekonania, że wyroby te odpowiadają wszelkim wymogom, że są wykonane sumiennie, trwale i dokładnie, że więc zasługują na poparcie i uznanie. — Wobec tego uchwalono, ażeby zachęcić P. Knapińskiego do rozszerzenia pracowni, a na najbliższem posiedzeniu Tow. lek. okazać narzędzia chirurgiczne jego wyrobu jako zupełnie odpowiednie.

VI. Na podstawie referatu Prof. Steingrabera orzeczono, że leśne pastylki czyli krążki sporządzone przez warszawskie laboratorium chemiczne w ten sposób, że krążki z glinki plastycznéj napajają się mięszaniną leśnych olejków eterycznych, są przetworem higijeniczno-leczniczym, który zastąpić może rozpylanie olejków eterycznych do odświeżania powietrza i do celów leczniczych.

Sekretarz: *Dr. Michał Śliwiński.*

V. Syberyjskie źródła mineralne.

I. Jezioro Ingol.

przez

Prof. St. Szcz. Zaleskiego w Tomsku.

(Dok. Patrz Nr. 1.)

W niektórych razach po wielokrotnem stosowaniu bądź kąpieli szlamowych, bądź też prostego nacierania ciała szlamem, pojawia się t. zw. wysypka odczynowa, którą chorzy uważają za znak bardzo pomyślny i zazwyczaj w takich razach znacznie osłabiają rękoczyny leczenia. W dwóch

przypadkach miałem możność obserwowania podobnéj wysypki, w jednym razie przedstawiła mi się ona jako *eczema simplex*, w drugim jako *eczema rubrum*.

Od czasu jak Ingol Ingolem żaden jeszcze z lekarzy nie zajechał na miejsce, aby dawać poradę chorym, albo też zbadać naukowo lecznicze własności jeziora.

Wielce pod każdym względem charakterystyczny szlam w świeżym stanie przedstawia żółto szarawą barwę, po wyschnięciu jednak, szczczególniéj na słońcu, staje się białym do tego stopnia, że miejscowi mieszkańcy wprost go używają do bielenia ścian. Obfite i rozległe pokłady iłu nadają jezioru cechę wielce oryginalną. Dzięki przeźroczystości wody na tych miejscach, gdzie roślinność podwodna mniéj jest rozwiniętą, dno przedstawia się jako zupełnie gładkie, barwy białawo-szarawéj. W miejscach mniéj głębokich najmniejszy ruch ciemniéj zabarwionych ryb widać jak na dłoni. Piękniejsze jeszcze odbiera się wrażenie na tych miejscach, na których dno pokryte jest roślinnością. Na głębokości 6—7 metrów widać z łódki jaknajdokładniéj niby podwodne aleje i klomby, śród których mnóstwo się snuje ryb najrozmaitszego kalibru.

Bezpośrednio po wydobyciu świeżego szlamu z jeziora uderza niezbyt silny i niezbyt nieprzyjemny zapach, zupełnie swoisty i z żadnym innym porównać się nie dający. Przy rozcieraniu szlamu między palcami rozchodzi się zlekka zapach siarkowodoru, dającego zresztą na papierku przesiąkniętym roztworem ołowiu odczyn dopiero po pewnym czasie i w bardzo słabym stopniu.

Badanie iłu gołem okiem wykazuje w nim wielką ilość bardzo m a ł y c h m u s z e l e k, zbliżających się rozmiarami mniéj lub więcéj do wielkości ziarnka maku, a niekiedy ziarnka prosa. Zrzadka napotykają się i większe muszelki. Żywego mięczaka nie udało mi się zauważyć ani razu. Muszelki te przy ściśnięciu ich w palcach, choćby tylko z lekka, rozpadają się na miałki proszek. Przy nacieraniu niemi ciała bólu nie sprawiają najmniejszego, śladów podrażnienia skóry nie pozostawiają także po sobie żadnych i tylko przy silniejszem nagniataniu i tarciu wywołują dość wyraźne zaczerwienienie. Po skłóceniu iłu na dnie jeziora wznoszą się na powierzchnię wody niezbyt liczne pęcherzyki gazu, który przy bliższem zbadaniu nie wykazał najmniejszego odczynu na siarkowodór (SH_2), dał natomiast bardzo wyraźny odczyn na kwas węglowy (CO_2). Sama przez się woda jeziora nie wydziela żadnych zgoła widocznych pęcherzyków gazu. W miarę wysychania traci swój zapach charakterystyczny, który znika zupełnie z chwilą, gdy ił już zupełnie zbielał na powierzchni.

P r z y m i k r o s k o p o w e m b a d a n i u i ł u (Reichert Oc. III, Syst. 7-a) pomiędzy bezkształtną drobnoziarnistą masą zauważyć można mnóstwo *Diatomeae*, najprzeróżniejszych i najcharakterystyczniejszych form: wielu z tych form nie widziałem jeszcze nigdy, nawet na rysunkach. Wprost w wodzie, przy mikroskopowem jéj badaniu nie udało mi się zauważyć tych drobnoustrojowych, chlorofil zawierających roślin; inaczéj jednak, gdy się bada odłamek świeżo z jeziora wydobytéj chary albo też innéj rośliny: wtedy całe pole widzenia zajęte jest przez niezliczoną ilość wzmiankowanych drobnoustrojów, wykonywających jaknajrozmaitsze i jaknajcharakterystyczniejsze ruchy.

Dokonana przezemnie chemiczna analiza wody jeziora Ingol wykazała dla niéj skład następujący:

Siarczanu wapniu ($CaSO_4$)	0,0918‰
Chlorku potasu (KCl)	0,0431 „
„ sodu ($NaCl$)	0,0111 „
Dwuwęglanu sodu ($NaHCO_3$) . . .	0,1777 „
„ magnezyi [$MgH_2(CO_3)_2$]	1,0604 „
„ wapna [$CaH_2(CO_3)_2$] .	1 0792 „
Dwuwęglanu tlenku żelaza [$FeH_2(CO_3)_2$]	0,0078 „
Tlenku glinu (Al_2O_3)	0,0018 „
Bezwodnika kw. krzemowego (SiO_2)	0,0911 „
Kwasu węglowego (CO_2) wolnego .	0,5872 „
„ fosforowego (P_2O_5)	ślady
Istot organicznych	„
Części stałych (T. 180° C)	1,6957
Ciężar gatunkowy	1,0001211

Odczyn świeżéj wody prawie neutralny, z odcieniem kwaśnego.

„ do połowy wyparowanéj wody słabo alkaliczny.

Także analiza, dokonana na Ingolskim szlamie dała następujące rezultaty:

	Świezy szlam	Suchy szlam (124° C.)
Wody (H_2O)	44,8760%	
Siarkanu wapniu ($CaSO_4$) . . .	0,3743 „	0,6790%
Chlorku amonu (NH_4Cl) . . .	0,0098 „	0,0190 „
Fosforanu tlenku żelaza [$Fe_3(PO_4)_2$]	0,0338 „	0,0613 „
Dwuwęglanu potasu ($KHCO_3$) . .	0,1075 „	0,1950 „
„ sodu ($NaHCO_3$) . .	0,1324 „	0,2403 „
„ amonu (NH_4HCO_3) .	0,0088 „	0,0155 „
„ wapna [$CaH_2(CO_3)_2$]	7,9310 „	14,3881 „
Węglanu wapna ($CaCO_3$). . . .	38,8262 „	1,7930 „
„ magnezyi ($MgCO_3$) . .	1,7930 „	3,2529 „
„ żelaza ($FeCO_3$)	0,0275 „	0,0498 „
Siarczku żelaza (FeS)	0,1096 „	0,1989 „
Tlenku (oxydul) żelaza (FeO) . .	0,0083 „	0,0150 „
Tlenniku (oxyd) żelaza (Fe_2O_3) . .	0,0988 „	0,1793 „
Tlenniku glinu (Al_2O_3)	1,8964 „	3,4101 „
Bezwodnika kw. krzemowego (SiO_2)	1,5804 „	2,8671 „
Istot organicznych	1,6830 „	3,0523 „
Stale związanéj wody	0,5032 „	0,9129 „
	100,0000 „	100,0000 „

Ciężar gatunkawy szlamu: 1,6121

Odczyn . . . . amfoterny.

Z powyższych analiz wynika, że zarówno woda, jak i szlam Ingolski żadnych zgoła t. zw. specyficznie działających składników nie zawierają w sobie zupełnie. Tak więc wodę, jak i szlam uważać powinniśmy za c h e m i c z n i e z u p e ł n i e o b o j ę t n e. Na pojęcie to wpływa jeszcze i ta okoliczność że woda przedstawia bardzo niewielką koncentracyję, a wodny wyciąg iłu zarówno pod względem składu chemicznego bardzo jest do niéj zbliżony. Jeżeli z drugiéj strony uwzględnimy, że taż sama woda i głównie ten sam ił od trzydziestu już lat blisko stanowi bardzo ważny dla tutejszéj ludności czynnik lecznicy, jeżeli uwzględnimy, że liczne przypadki polepszenia stanu zdrowia, nawet u osób ciężko chorych, drogą empiryczną na Ingolu stanowczo stwierdzono, to w takim razie otwiera się przed nami wynik naukowo niezmiernie ciekawy, mianowicie że w o d a i s z l a m c h e m i c z n i e n a j z u p e ł n i é j o b o j ę t n e m o g ą s t a n o w i ć b a r d z o w a ż n y c z y n n i k b a l n e o t e r a p e u t y c z n y. Jest to jeszcze jeden dowód więcéj, na jak chwiejnych podstawach opiera się cała nasza balneo terapija.

Że lecznicze działanie kąpieli wogóle, a szlamowych w szczególności, sprowadzić należy prawie wyłącznie do czynników fizycznych i mechanicznych, na to się zgadza większość objektywnie na rzeczy patrzących się balneologów spółczesnych. Dowodów jednak na to, analizą chemiczną popartych, bardzo jest niewiele. To też powyższe dwie analizy w zestawieniu z wynikami nad wszelki wyraz uproszczonej kuracyi na Ingolu, nawet bez współudziału lekarza, tem większe powinny mieć znaczenie dla trzeźwo na rzeczy patrzących pp. kolegów-praktyków.

Szczegółowe sprawozdanie z dokonanych przeze mnie na Ingolu badań, zarówno jak poglądy moje na podniesienie téj uroczéj miejscowości pod względem sanitarnym, już są przygotowane do druku w języku rosyjskim, jako oddzielna monografija, w rysunki niektórych piękniejszych krajobrazów zaopatrzona i mająca być wydaną tu, w Tomsku, nakładem inicyjatora mojej wycieczki na Ingol, p. A. Kuchtierina Będę propagował w tej książeczce założenie pierwszego na Syberyi zakładu wodoleczniczego na tem ciekawem pod każdym względem jeziorze i urządzenie tamże racyjonalnie prowadzo-

nych kąpieli szlamowych. Całe to przedsięwzięcie oprzeć się winno — zdaniem mojem — na akcyjach. Nadto Ingol sam przez się stanowi dla stosunków syberyjskich miejscowość nader cenną wprost jako stacyja klimatyczna.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 94512.

Okólnik c. k. Namiestnictwa

do wszystkich PP. c. k. Starostów.

Okólnikiem tutejszym z 13 grudnia 1887 r. L. 69581 udzieliło c. k. Namiestnictwo Panu c. k. Staroście odpisu odezwy swej do Wydziału krajowego w sprawie potrzeby usunięcia dotkliwego braku dobrej wody do picia, jaki panuje w wielu okolicach naszego kraju.

Od tego czasu można w tym kierunku zaznaczyć pewien postęp, jak to z wielu stron c. k. lekarze powiatowi w sprawozdaniach ze swych podróży peryjodycznych podnoszą — lecz w każdym razie postęp ten jest zbyt powolnym i zawsze jeszcze można przytoczyć bardzo wiele takich smutnych przykładów z różnych stron kraju, iż czerpanie wody do użytku domowego i do picia z potoków i stawów dla braku studzien we wsi lub zupełnego ich zaniedbania, stało się powodem groźnéj nieraz epidemii tyfusu brzusznego lub dysenteryi.

I słusznie też zwraca c. i k. komenda XI korpusu w piśmie swem z 10 listopada 1891 L. 989 uwagę na brak wody do picia w wielu okolicach kraju, jako na prawdziwą klęskę.

Okazuje się przeto potrzeba przedewszystkiem zbadać dokładnie rzeczywisty stan zaopatrywania gmin w wodę, a po drugie energiczniej, niż dotychczas dążyć do usunięcia tego dotkliwego braku.

W tym celu zechce Pan c. k. Starosta zarządzić, aby po części na podstawie sprawozdań zwierzchności gminnych, po części na podstawie zapisków c. k. lekarza powiatowego, zebranych w czasie podróży peryjodycznych, załączony formularz w porządku alfabetycznym gmin w dwu egzemplarzach sporządzony został. Na podstawie tego wykazu ma c. k. lekarz powiatowy przedstawić Panu c. k. Staroście wniosek, w których gminach okazuje się nagła konieczna potrzeba przymusowego zniewalania gmin do kopania studni publicznych, poczem Pan c. k. Starosta odniesie się do tamt. Wydziału powiatowego celem porozumienia się, które gminy i w jakim stopniu mają być w nadchodzącym roku zniewolone na podstawie postanowień §. 3 lit. a. ustawy sanitarnej z 30/4 1870 (Dzp. p. Nr. 68), dalej §. 35 ustawy wodnej krajowej z 14/3 1875 (Dz. u. i r. kr. Nr. 38), wreszcie §. 27 lit. f. ustawy gminnej do urządzenia jednej, względem większej ilości studzien publicznych.

Równocześnie udaje się c. k. Namiestnictwo do Wydziału krajowego z prośbą o wezwanie Wydziałów powiatowych, aby sprawą tą, należącą do własnego zakresu działania gmin, szczerze zająć się chciały.

Pan c. k. Starosta zechce zawezwać tamtejszego c. k. lekarza powiatowego, aby dołożył wszelkich starań, iżby wykaz, o którym powyżej mowa, o ile możności najdokładniéj przedstawił rzeczywisty stan zaopatrywania gmin w wodę do picia, i aby przedstawiając Panu c. k. Staroście wnioski, zmierzające do usuwania braku dobrej wody, miał na względzie nie tylko kopanie nowych studzien, lecz także należyte ich ocembrowanie, a obok tego oczyszczenie lub odnowienie studzien istniejących lecz zaniedbanych.

Najdalej do końca lutego 1892 r. zechce Pan c. k. Starosta przedłożyć c. k. Namiestnictwu jeden egzemplarz wykazu studzien, oraz zdać sprawę szczegółowo, co w tym względzie zostało zarządzonem.

Lwów 15 grudnia 1891 r. *Badeni.*

Wzór do L. 94512.

Do Pana

w ...

Powiat ...

Wykaz studzien publicznych i prywatnych z końcem roku 1891.

Gmina	Ludność	Ilość studzien: publicznych	Ilość studzien: prywatnych	Ile studzien publicznych przybyło w trzech ostatnich latach	Czy woda z tych studzien wystarcza na potrzeby domowe czy czerpią z potoku lub ze stawu.	Czy woda w studniach dobra, czy studnie czyszczone	Czy ocembrowanie studni publicznych należyte — zabezpieczające od zanieczyszczenia

VII. Wiadomości bieżące.

†

Dr. GUSTAW FRITSCHE

urodzony w Warszawie w r. 1838 † tamże w styczniu 1892, Redktor „Medycyny", zasłużony opiekun kolonij letnich dla dzieci warszawskich. Pisma warszawskie wyrażają się z wielkiem uznaniem dla przedwcześnie zmarłego filantropa, podnosząc jego zasługi dla pokolenia młodego i wielkie zalety towarzyskie. Kształcony w szkołach warszawskich po ukończeniu medycyny w akademii medyko-chirurgicznéj pracował w Heidelbergu i Jenie pod Cheliusem i Friedreichem i tamże otrzymał stopień Dra med. a uzyskawszy potwierdzenie dyplomu w Petersbugu rozpoczął praktykę lekarską w Częstochowie; w roku 1867 przeniósł się do Warszawy, gdzie pełnił obowiązki naczelnego lekarza szpitala zapasowego, oraz lekarza kolei warszawsko-wiedeńskiéj i ordynatora szpitala na Pradze; od

r. 1880 był redaktorem „Medycyny"; ogłosił nadto kilka rozpraw w języku polskim, niemieckim i angielskim. Zasłużonemu i zacnemu lekarzowi i obywatelowi niechaj ziemia będzie lekka!

* **Kraków** d. 8. stycznia. Otrzymaliśmy w darze tom XII okazałego dzieła: *Index catalogue of the Library of the Surgeon-Generals Office, United States Army*, Washington 1891. Tom ten, który tak jak poprzedni, ładnie oprawiony, otrzymaliśmy gratis i wolny od opłaty, zawiera stronnic 1004 in 4-to, maj. Mieści w sobie wyrazy od Reyer do Shuttelworth. W wydanych dotąd 12 tomach podano 137, 578 nazwisk autorów, 66,855 tomów dzieł rozmaitych, 120,000 broszur, 128,284 tytułów dzieł i 393,808 artykułów z rozmaitych czasopism. Jeżeli uwzględnimy, że wszystkie tytuły w najrozmaitszych językach (także w polskim) odznaczają się wzorową poprawnością, że redaktorem całego dzieła jest chirurg Jan S. Billings, że papier i druk są znakomite, że dzieło tak kosztowne rozsyła się bezpłatnie wszystkim biblijotekom i redakcyjom całego świata, to zaprawdę nie wiedzieć, co więcej podziwiać należy, czy niezmordowaną pracę jednego człowieka, czy bogactwo kraju, które nie tylko łoży na tak kosztowne dzieło, ale nadto obdarowuje niem świat cały. W każdym razie rzecz to niebywała i jedyna w swoim rodzaju.

* Najwyższem postanowieniem z d. 22 grudnia 1891 r. otrzymała sankcyję ustawa w sprawie utworzenia Izb lekarskich, uchwalona przez obie Izby Rady państwa, jak w swoim czasie donieśliśmy.

* Zjazd lekarski XI międzynarodowy odbędzie się w r. 1893 w Rzymie, w miesiącu wrześniu. Komitet Zjazdu już się ukonstytuował; na czele jego stoi Baccelli, a sekretarzem generalnym jest Maragliano. Przełożonymi sekcyj są: Antonelli (dla anatomii), Albertoni i Albini (b. profesor krakowski dla fizyjologii), Foa i Bizzozero (dla patologii), Cervelli dla terapii), Baccelli, Murri, Bozzolo, Maragliano (dla medycyny wewnętrznej), Bottini (dla chirurgii), Morisani (dla położnictwa), Morselli i Tamburini (dla oftalmologii), Campane i Barduzzi (dla dermatologii), Tamassia (dla medycyny sądowej), Pagliani, Banelis i Belli (dla hygieny).

* Z powodu schorzenia Dra Fritschego redakcyję „Medycyny" objął Dr. Dobrzycki (ul. Obożna 5).

* Wyszedł właśnie zeszyt 6 Rozpraw z zakresu medycyny prakt. pod redakcyją prof. Korczyńskiego i zawiera rozprawę Dr. J. Karlińskiego „o obecnym stanie badań nad przyrodą błonicy (dyfteryi) gardła" z tablicą wykonaną w zakładzie Angerera w Wiedniu. Cena 30 ct. Następne zeszyty zawierać będą: Zeszyt 7: Dr. W. Momidłowski „o istocie i leczeniu hysteryi; zeszyt 8: Dr. E. Rosenblatt: „o leczeniu krztuśca"; Zeszyt 9: Dr. L. Rosenbuscha: „O nawykowem zaparciu żywota".

* D. 5 b. m. odbędzie się w Wenecyi konferencyja sanitarna międzynarodowa, a to z inicyjatywy rządu austro-węgierskiego, który reprezentowany tam będzie przez hr. Kuefsteina, i jeneralnego konsula w Aleksandryi p. Gsillera; obok nich jako doradzcy techniczni wysłani zostali na konferencyję Dr. Justyn Karliński i Dr. Hagel, lekarz poselstwa austryjackiego w Stambule.

* W tygodniu 49-ym (od 6 listopada do 12 grudnia) było w Krakowie urodzin 62, skonów 59, z tych z zapalenia płuc 14, z gruźlicy 8, z odry 7, z dławca i błonicy 7. — W tygodniu 50 ym (od 13—19 grudnia) małżeństw 6, urodzeń 28, skonów 44, z tych z gruźlicy 6, z odry 6, z dławca i błonicy 6, z zapalenia płuc 5, z duru brzusznego 2. — W tygodniu 51-im (od 20—26 grudnia) urodzeń 78, małżeństw 3, skonów 69, z tych z zapalenia płuc 16, z gruźlicy 15, z dławca i błonicy 6, z plonicy 3, z odry 3, z nieżytu żołądka i jelit 3.

* Zamiast rozsyłania biletów noworocznych, złożyli na fundusz wdów i sierót po lekarzach, na ręce skarbnika Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie Dra Zdzisława Lachowicza pp.: Kluczycki Witold z Mędrzechowa 2 złr., Dr. Pluciński Michał z Kulparkowa 2 złr., Dr. Głowiński Wincenty z Bóbrki 2 złr., Dr. Barzycki Józef z Rzeszowa 5 złr., Dr. Dzikowski Zygmunt z Podhajec 2 złr., Dr. Merunowicz Józef ze Lwowa 2 złr., Dr. Lachowicz Zdzisław ze Lwowa 2 złr., Littich Aleksander ze Lwowa 2 złr., Dr. Coghen Antoni z Bohorodczan 2 złr., Dr. Obtułowicz Ferdynand ze Lwowa 2 złr., Dr. Stroynowski Edward ze Lwowa 2 złr.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. J. Korman, lwowianin, uzyskał stopień Dra w. nauk. lek. w Uniw. wiedeńskim.

* **Odznaczenia**. Prof. kliniki lek. w Budapeszcie Dr. Koranyi mianowany został dożywotnim członkiem Izby Panów, a prof. chirurgii w Berlinie Bardeleben otrzymał szlachectwo dziedziczne. — Prof. Mikulicz we Wrocławiu mianowany został członkiem kolegijum lekarskiego prowincyi szląskiej.

* **Nekrologija**. W Brukseli umarł znakomity chemik prof. J. S. Stas licząc lat 78; położył on wielkie zasługi w sprawie badania otrucia alkaloidami; w Neapolu umarł prof. chirurgii Palasciano w 76 roku życia, a w Petersburgu wysłużony prof. Dr. Brandt; w Londynie Sir James Risdon-Bennet, b. prezes Royal College of Physicians w 82; w Królewcu Dr. Michelsohn, docent chorób skórnych i krtaniowych w 45 roku życia; wydał on razem z prof. Mikuliczem atlas, który w przeszłym tygodniu ocenił w tygodniku naszym prof. Rydygier; w Monachium docent laryngologii Dr. Schech; w Lugdunie prof. chirurgii Leon Tripier; w Paryżu znakomity operator prof. Alfred Richet, urodzony w r. 1816; Dr. Pawlas, b. asystent w krakowskiéj klinice pedyjatrycznej, lekarz powiatowy w Chrzanowie, umarł tamże w 45 roku życia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 13 b. m. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.)*. — Porządek dzienny: Sprawozdania za r. 1891.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 1.019 **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 4 grudnia 1891 l. 52541 rozpisuje się konkurs na posadę „pełniącego prowizorycznie obowiązki prymaryjusza oddziału ocznego“ przy szpitalu krajowym powszechnym we Lwowie. — Do posady téj przywiązaną jest płaca roczuych 1.200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać: a) wiek, stan i miejsce urodzenia; b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny i chirurgii lub magistra okulistyki, albo doktora wszech nauk lek. na jednéj z wszechnic państwa austryjackiego. Nadto wykazać należy specyjalne studyja i praktykę szpitalną w dziale chorób ocznych; c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 25 stycznia 1892 r. na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznéj. 13—3—2

Lwów dnia 12 grudnia 1891 r.

Dyrekcyja krajowego szpitala powszechnego.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 16 Stycznia 1892. Nr. 3.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅓ „	„ 6 „

I. Przyczynek do chirurgii żołądka.

Skreślił

Dr. H. Schramm we Lwowie.

Z chwilą, gdy Péan a równocześnie prawie Rydygier i Billroth przekonali się, że wyniki doświadczeń na zwierzętach z wycięciem odźwiernika dadzą się zastosować i do człowieka, zwłaszcza zaś gdy operacyja Billrotha pomyślnym została uwieńczona skutkiem, rzucili się prawie wszyscy chirurgowie z zapałem do nowéj operacyi tak, że w przeciągu niespełna lat 6 znanych było w literaturze przeszło 130 operowanych przypadków. Wysoka jednak śmiertelność przy téj operacyi, bo sięgająca przeszło 70%, przyczyniła się niemało do ostudzenia zapału; zaczęto operowane przypadki bliżéj studyjować i otóż okazało się, że śmiertelność w razach, gdy nowotwór odźwiernika był znacznie pozrastany z narządami sąsiedniemi, dochodzi do odstraszającéj cyfry 97%, wobec zrostów mniejszych i mniejszéj rozległości nowotworu śmiertelność dochodzi do 60 kilku procent, w przypadkach zaś, gdzie nowotwór był niewielki i odźwiernik zupełnie nie pozrastany, umierało jeszcze wskutek operacyi do 50 kilka procent chorych. Nie dziw więc, że wobec takich danych statystycznych zaniechano w przypadkach pierwszéj kategoryi zupełnie wycinania odźwiernika, zwłaszcza gdy podana wkrótce przez Wölflera operacyja gastroenterostomii dała nam w ręce sposób jeżeli już nie wyleczenia chorych, to przynajmniéj ulżenia ich cierpieniom z przedłużeniem życia.

Téj też zasady trzymałem się w moich czterech przypadkach raka żołądka.

Pierwszy z nich operowałem w grudniu 1886 r. (opisany w „Przeglądzie Lek.“ 1887 Nr. 9) z wynikiem pomyślnym o tyle, że chora przebywszy operacyję bez żadnych powikłań, cieszyła się zupełnem zdrowiem prawie przez rok cały, gdyż dopiero w styczniu 1888 roku stwierdzić u niéj mogłem nowy guz wielkości pięści i chora doznawała tych samych przypadów, co przed operacyją — dalszy jéj los nie jest mi wiadomy.

Drugi przypadek operowałem w lipcu 1891 r. Była to kobieta, B. M., kolonistka pod Lwowem, lat 54 licząca. Poprzednio zupełnie zdrowa, zaczęła doznawać od 5 miesięcy dolegliwości żołądkowych, które stopniując się powoli, doszły do tego, że chora w ostatnich dwóch tygodniach nie mogła przyjmować prawie żadnych pokarmów z powodu silnych boleści, jakie występowały po każdem jedzeniu a kończyły się wymiotami.

W dniu przyjęcia choréj badanie wykazało stan odżywienia bardzo lichy, podściółki tłuszczowéj prawie brak, skórę ziemisto bladą bez elastyczności. Brzuch zapadły, tylko w okolicy żołądkowéj wzdęty. Poniżéj łuku żebrowego prawego, nieco w prawo i kilka centim. nad pępkiem, wyczuć można guz wielkości jaja kurzego, twardy, nierówny i bolesny. Guz ten tak biernie jak i czynnie ruchomy; t. j. że przesuwać go można i palcami i zmienia swe położenie sam przy różnym stopniu rozdęcia żołądka. Stolce co kilka dni twarde. Serce, płuca i inne narządy zdrowe.

Chora dostała lewatywę, kąpiel, a na pół godziny przed operacyją wypłukałem jéj żołądek wodą ciepłą, a następnie rozczynem kwasu borowego, poczem przystąpiłem do operacyi dnia 15 lipca przy łaskawéj pomocy Drów Schmidta, Kucharskiego i Krygowskiego. Operacyję wykonałem zupełnie w ten sam sposób jak w przypadku pierwszym: a zatem cięcie w linii białéj, wydobycie odźwiernika na zewnątrz jamy brzusznéj, przyczem pokazało się, że nieprawidłowych zrostów z sąsiedniemi narządami nie ma wcale; oddzielenie odźwiernika przez podwiązanie w małych pęczkach sieci i śródjelicia kiszki grubéj, przyczem trzymałem się jak najbliżéj ścian żołądka, a to w celu uniknięcia możliwéj zgorzeli kiszki grubéj. Po oddzieleniu zupełnem odźwiernika podłożyłem pod żołądek 4 głowowy kompres z gazy jodoformowéj, którego końcami owinięto z jednéj strony żołądek, z drugiéj dwunastnicę. Uciskadeł nie używałem żadnych, pozostawiając zamknięcie świateł żołądka i jelit palcom asystenta.

Cięcie nieco skośne od krzywizny małéj żołądka do połowy obwodu guza i założenie szwu zamykającego, a mianowicie obok błony śluzowéj, drugi na błonę mięsną, trzeci na błonę surowiczą, wszystkie kuśnierskie z najcieńszego jedwabiu. Po przecięciu reszty żołądka i dwunastnicy poza

wyczuwalnemi granicami nowotworu, zespojono kiszkę z żołądkiem tak, że krzywizna większa żołądka przechodziła dokładnie w dolną ścianę dwunastnicy; szew tak samo trójrzędny z jedwabiu. Wreszcie wzmocniono całą linię szwu dość gęstemi szwami węzełkowemi Lamberta, przyczem szczególnie zwracano uwagę na miejsce zetknięcia się szwu podłużnego z szwem ukośnym, wyjęto kompres z gazy jodoformowej i oczyszczono pole operacyjne. Linije szwu posypałem lekko proszkiem jodoformu, a po wprowadzeniu żołądka na miejsce, zamknąłem jamę brzuszną 4 szwami wałeczkowemi, głębokiemi szwami węzełkowemi i powierzchownym szwem kuśnierskim.

Operacyja trwała niespełna 7 kwadransów a chora zniosła ją bardzo dobrze.

Wieczorem ciepłota 37°, lekkie bóle w okolicy rany, zresztą żadnych przypadów. Chora dostaje kawałeczek lodu do połykania i na noc podskórnie 0·01 morfiny.

16/7 ciepłota 36·5, tętno 84 spokojne, bólów prawie żadnych. Chora dostaje co dwie godziny łyżeczkę mleka kwaśnego rozkłuconego, na noc 0·01 morfiny. Dalszy przebieg był można powiedzieć idealny, ani razu ciepłota nie przeszła 37·8, żadnych bólów w brzuchu. Przez pierwsze pięć dni chora dostawała co 2 godziny po łyżce mleka, 5 go dnia polewkę winną i rosól, w 8 dniu siekane mięso.

10 dnia po operacyi wyjęto szwy skórne, natomiast dla bezpieczeństwa założono kilka pasków przylepca, z któremi chora dnia 28 lipca, t. j. w 12 dni po operacyi pojechała do domu.

Według otrzymanej od Dra Kretschmera wiadomości, operowana ta do dnia 12 listopada, zatem już przeszło cztery miesiące po operacyi, ma się zupełnie dobrze. Ze strony żołądka żadnych dolegliwości.

Wyjęty kawałek żołądka ma wzdłuż krzywizny małej 5, wzdłuż dużej 7 ctm., odźwiernik zwężony tak dalece, że nie przepuszcza nawet końca małego palca, zwężenie sprowadzone przez naciek w ścianach żołądka jeszcze prawie nie owrzodziały, który przy badaniu drobnowidowem przedstawia budowę raka gruczołowego. Od strony żołądka widać zupełnie zdrową błonę śluzową na przestrzeni kilku milim., od strony dwunastnicy zaczyna się nowotworowy naciek ledwo na 1 mm. od brzegu cięcia.

Trzeci przypadek tyczy się kobiety A. K., 58-letniéj, choréj od kilkunastu miesięcy. W ostatnich tygodniach prawie ciągłe wymioty, często barwy czekoladowéj, silne bóle w żołądku po każdem jedzeniu. Gdy liczne podawane jéj leki nie przyniosły żadnéj ulgi, zgłosiła się do mnie i zgodziła na proponowaną operacyję.

Stan jéj był następujący; wychudnienie bardzo znaczne, okolica żołądkowa znacznie wzdęta, żołądek sięga prawie do pępka. Na prawo od linii białéj tuż nad pępkiem wyczuć się daje guz wielkości jabłka, twardy, nierówny i bolesny, nieco poruszalny na prawo i ku górze, prawie nieprzesuwalny na lewo i ku dołowi. W kierunku od guza ku wątrobie wymacać się daje twardy bolesny postronek.

Po odpowiedniem przygotowaniu choréj, przystąpiłem do operacyi przy łaskawéj pomocy Drów Schmidta, Jany i Tatarczucha. Cięcie w linii białéj, guz z trudnością daje się wyciągnąć z jamy brzusznéj, przyczem okazują się silne zrosty ku wątrobie a jeszcze silniejsze z kiszką grubą, gdy nadto chora tak źle znosiła chloroform, że prawie co chwila występowały napady asfiksyi, postanowiłem odstąpić od niebezpiecznego zabiegu wycięcia odźwiernika i ograniczyć się do gastroenterostomii.

Uniosłszy więc żołądek i kiszkę grubą ku górze, wyszukałem według wskazówek Wölflera dwunastnicę, a cofnąwszy się o 50 ctm ku dołowi, wyciągnąłem pętlę kiszki ponad kiszkę grubą tak, iż zupełnie bez naprężenia dała się zbliżyć do żołądka. Nie otwierając kiszki ani żołądka przyszyłem kiszkę na 8 ctm nad krzywizną dużą, a na 4 ctm. od wyczuwalnych granic nowotworu na rozciągłości 5 ctm. za pomocą kilkunastu szwów węzełkowych Lamberta. Teraz naciąłem ścianę kiszki i żołądka aż do błony śluzowéj w długości 3 ctm. i założyłem szew kuśnierski na odpowiednie brzegi rany kiszki i żołądka; poczem dopiero przeciąłem błonę śluzową kiszki i żołądka na rozciągłości 2 ctm., przyczem z powodu odpowiedniego ucisku palcami asystenta nie wypłynęła ani kropla treści pokarmowéj i szwem kuśnierskim zespoiłem naokoło błonę śluzową kiszki z błoną śluzową żołądka, poczem nastąpiło zeszycie przedniéj części błony mięsnéj a wreszcie błony surowiczéj żołądka i kiszki szwem Lamberta. Po oczyszczeniu pola operacyjnego i usunięciu podłożonéj pod żołądek gazy jodoformowéj, odprowadzono żołądek na swe miejsce i jamę brzuszną zamknięto.

Cała operacyja trwała $1^{1}/_{4}$ godziny, z czego na samo szycie przypadło ledwie 25 minut

Następnego dnia podawano choréj kawałeczki lodu, poczem przez tydzień co 2 godziny po łyżce mleka.

Przebieg zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy, wymioty ustały zupełnie, dokuczliwe przedtem bóle prawie całkiem ustąpiły.

W 3 tygodnie po operacyi stan choréj znacznie lepszy. Chora, która przed operacyją była tak osłabioną, że łóżka nie mogła opuścić, chodzi swobodnie po pokoju i zajmuje się gospodarstwem domowem; ze strony żołądka występują zaburzenia w postaci bólów i wymiotów po zjedzeniu niestrawnych rzeczy.

Ten względnie dobry stan utrzymywał się prawie 3 miesiące, poczem przypady żołądkowe zaczęły się szybko zwiększać, guz wyczuwalny w jamie brzusznéj również się powiększał, wymioty i bóle jak przed operacyją i w 4 mie-miesiące po operacyi zmarła chora wśród objawów wyniszczenia.

Czwarty przypadek odnosi się do choréj Sary S., izraelitki, 51 lat liczącéj, która zgłosiła się do mnie w lutym 1891 r. i stwierdziłem już wówczas w okolicy odźwiernika guz wielkości małego jabłka, ruchomy. Na proponowaną jéj konieczną operacyję chora się nie zgodziła i próbowała jeszcze różnych leków wewnętrznych, a przekonawszy się o ich nieskuteczności, zgłosiła się powtórnie w maju t. r. Stan jéj ówczesny był bardzo nędzny. Częste boleści i wymioty po każdem jedzeniu. Guz w jamie brzusznéj doszedł wielkości pięści, mało ruchomy. Wychudnienie i osłabienie bardzo znacznego stopnia.

Stan ten wykluczał już *a priori* możność wykonania resekcyi odźwiernika, postanowiłem więc już z góry ograniczyć się tylko do gastroenterostomii i do operacyi téj przystąpiłem w dniu 23 maja t. r. przy łaskawéj pomocy Drów Piseka i Barącza. Operacyję wykonałem w ten sam sposób, jak to opisałem w przypadku poprzednim. Wyszukanie odpowiedniego jelita było tylko trudniejszem z powodu znacznych zrostów w okolicy odźwiernika, które utrudniały wyszukanie dwunastnicy. Aby czasu nie tracić, ująłem najbliższą pętlę jelita cienkiego i przesuwałem ją w palcach w jednym kierunku, przekonawszy się, że się zbliżam do kiszki grubéj, cofnąłem się do góry, aż natrafiłem na opór w przesuwaniu pętli, teraz cofnąłem się znów nieco ku dołowi i tę pętlę, położoną zatem koło $^{1}/_{2}$ metra niżéj dwunastnicy, przyszyłem do żołądka tak, że ramię jéj odwodzące leżało na prawo.

Operacyja trwała $1^{1}/_{4}$ godziny, poczem chorą mocno osłabioną odniesiono do łóżka i zastosowano lewatywę z wina.

26/5. Ciepłota 36·2, tętno 100, słabe. Podano mleko z koniakiem co 2 godziny łyżeczkę, oprócz tego lewatywę z winnéj polewki. Wymiotów nie było, mierne boleści koło rany. Wieczorem ciepł. 36·8, tętno 100. Noc dosyć spokojna.

25/5. Ciepłota 36·2. Bóle w brzuchu dość znaczne, wymioty po wypiciu kilku łyżek mleka, zmieszane z żółcią. Zastosowano lewatywę z wina z makowcem i zrobiono podskórne wstrzykiwanie morfiny (0·01). Noc spokojna.

26/5. Ciepłota 36·3, wymiotów nie było. Bóle dość znaczne w brzuchu, zwłaszcza, że pojawił się uporczywy kaszel, — leczenie to samo co wczoraj. Wieczorem ciepłota 38·2.

27/5. Ciepłota 37·8. Kaszel dość znaczny, bóle w brzuchu dość znaczne, wymioty żółciowe dwa razy, stolec dość obfity. Podano krople laurowe. Wieczór 38·3.

28/5. Ciepłota 37·2. Kaszel nieco mniejszy, wymioty raz przez dzień.

31/5. Ciepłota 37·4. Kaszel ustał, wymiotów od wczoraj nie było, bóle w brzuchu mierne. Rana brzuszna zgojona *per primam*, wyjęto szwy głębokie.

1/6. Chora bez mego pozwolenia wyjechała do domu, o pięć mil od Lwowa.

Następną wiadomość miałem w dniu 12 czerwca. Stan choréj był znośny, siły się znacznie poprawiły, wymioty występują od czasu do czasu.

Dnia 26/8, zatem prawie w trzy miesiące po operacyi, stan choréj prawie nie zmieniony, tylko guz nowotworowy znacznie się powiększył.

Zbierając wyniki powyższych 4 przypadków, dochodzę do następujących wniosków:

Rak żołądka powinien być przedmiotem leczenia chirurgicznego, a lekarz wezwany do udzielenia porady powinien choremu przedstawić konieczność wczesnéj operacyi. Zapewne wydarza się nieraz, że pacyjent dotknięty rakiem żołądka, zglasza się nieraz zbyt późno, jak to bywa niestety często z rakiem macicy, zdaje mi się jednak, że przecie częściéj dostawałyby się w ręce chirurgów świeże przypadki raka żołądka, gdyby wszyscy lekarze zaraz po stwierdzeniu téj choroby, przedstawili choremu bez ogródek operacyję, jako jedyny możliwy sposób uwolnienia go od cierpień.

Dodałbym nawet, że do odesłania chorego do rąk operatora, nie konieczne jest stanowcze stwierdzenie raka; ugruntowane podejrzenie tego cierpienia powinnoby być wskazaniem do wykonania laparatomii probierczéj. Do postawienia tego żądania uprawnia nas to, że laparatomija probiercza należycie wykonana nie pociąga sama przez się żadnych złych skutków, natomiast zaś umożliwia wczesne rozpoznanie choroby, wcześnie zaś wykonana resekcyja odźwiernika daje wyniki coraz to lepsze, tak bezpośrednie jak i następowe, tj. i śmiertelność po operacyi staje się wraz z udoskonaloną techniką coraz mniejszą i przypadki długotrwałego wyleczenia częstsze po wcześnie wykonanéj operacyi.

Jako najodpowiedniejszy sposób operowania nowotworów odźwiernika w wczesnym okresie uważam resekcyję wykonaną w sposób podany i opisany kilkakrotnie z kliniki Billrotha, którego też z pomyślnym skutkiem używałem w swoich dwóch przypadkach. Modyfikacyja podana przez Kochera[1]) jako tak zwana gastroduodenostomia, wydaje mi się zbytecznem wikłaniem operacyi, a nawet obawiałbym się, aby bliskie sąsiedztwo dwóch linij szwów w ścianie żołądka, tj. szwu zamykającego i szwu łączącego dwunastnicę z nowym otworem w żołądku, nie pociągnęło za sobą tem łatwiéj obumarcia brzegów w lini szwu zamykającego. Wątpię też, aby w ten sposób operacyja dała się wykonać prędzéj niż dawnym sposobem.

Główny nacisk przy operacyi kłaść należy na dokładność szwów, gdyż ich rozejście się może pociągnąć za sobą śmierć chorego.

Zestawienie z kliniki Billrotha[2]) wykazuje n. p. że na 21 chorych zmarłych po resekcyi żołądka 17 razy przyczyną śmierci było rozejście się szwów. To też Meinhardt Schmidt[1]) radzi przekonać się o należytem zamknięciu lini szwów przez wprowadzenie zgłębnika do żołądka i rozdęcie tegoż powietrzem. W moich przypadkach tego sposobu nie używałem dlatego, aby nie przedłużać operacyi a powtóre, że sposób ten nie wydaje mi się pewnym, chybaby rozdąć żołądek do maximum, co znów samo przez się może nadwerężyć szwy świeżo założone. Dokładnie założony trójrzędowy szew, jak to wyżéj opisałem a nadto kilka szwów węzełkowych w miejscu zetknięcia się szwu zamykającego i okrężnych wystarcza do dokładnego zamknięcia i zespojenia światła żołądka i dwunastnicy.

Używanie lub nieużywanie uciskadeł wydaje mi się rzeczą podrzędną, a jeżeli żołądek jest należycie wypłukany i próżny a nadto lekko uciśnięty przez podłużny czterogłowowy kompres z gazy, to ucisk palcami wprawnego asystenta wystarcza zupełnie do zapobiegnięcia wylaniu się treści żołądka i dwunastnicy, a natomiast odpada potrzeba oddzielenia znaczniejszego kiszki lub zrobienia nowego otworu dla uciskadeł, nadto pozwala na zupełnie pewne i dokładne zatamowanie krwotoku z ścian żołądka, któréj to pewności przy zastosowaniu uciskadeł mieć nie możemy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

¹) *Verhandlungen des XIX Congresses d. d. Gesell. f. Chir.* — ²) Eiselsberg 62 *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg* 1889.

¹) *Centrablatt f. Chir.* 1890 Nr. 14, 1891 Nr. 34.

II. Z pracowni chemiczno-lekarskiéj przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

Przyczynek do nauki o bielicy.

Podał

Dr. Józef Wiczkowski,

przełożony pracowni.

Literatura o bielicy od czasu odkrycia téj choroby przez Virchowa t. j. od roku 1845 znacznie się wzbogaciła, przeszło bowiem 200 przypadków jest opisanych. Mimo to nie wahałem się przedstawić opisu choréj na bielicę obserwowanéj przezemnie na oddziale II szpitala lwowskiego — dzięki uprzejmości kol. Opolskiego, gdyż na to zasługuje każdy przypadek téj dość rzadkiéj i nader ciekawéj choroby, któréj geneza, dyjagnoza, przebieg, zmiany we krwi i w moczu nie są we wszystkich szczegółach dokładnie zbadane, albo przynajmniej jest jeszcze dużo kwestyj spornych.

Ewa H., lat 34 licząca, niezamężna, matka jednego pięcioletniego dziecka. O ile od mało inteligentnéj pacyjentki dowiedzieć się można, nie przebywała kiły, ani zimnicy, ani żadnéj z ciężkich chorób zakaźnych, nie oddawała się opilstwu i nie doznala cięższego urazu. Tylko miała przebywać w r. 1890 w jesieni jakąś chorobę połączoną z krwotokami jelitowemi, od których datuje początek swéj obecnéj choroby. Mianowicie wkrótce po téj chorobie poczuła guz w okolicy pępka, który rosnąc, przesuwał się na stronę lewą; równocześnie coraz więcéj bladła i ze sił opadała, wieczorami występowała gorączka naprzemian z potami, nogi poczęły brzęknąć, przez co stawała się z każdym dniem mniéj zdolną do pracy, co ją ostatecznie skłoniło do szukania pomocy w szpitalu.

Status praesens: Budowa dobra, odżywienie bardzo liche, podściółka tłuszczowa zanikła, skóra barwy szaro-żółtawéj, na skórze nie ma żadnych guzków limfatycznych. Gruczoły limfatyczne nie powiększone. Błony śluzowe dostępne badaniu blade, mięśnie słabo rozwinięte, kończyny dolne lekko obrzękłe. Kości długie nie bolesne, mostek w dolnéj swéj połowie przy dotyku nieco bolesny. W szczycie płuca prawego tak z przodu jak i z tyłu lekkie przytłumienie odgłosu wy-

pukowego, tamże wdech zaostrzony, wydech słyszalny. Z tyłu u dołu po lewéj tarcie opłucnowe na małéj przestrzeni. Rozmiary serca nieco na prawo powiększone, tony miękkie ale czyste; ilość uderzeń serca 80—90 na minutę. Ciepłota, jak się z obserwacyi choréj przekonałem, przebiegała rozmaicie i były dnie, w których ciepłota zachowała się prawidłowo, lecz często chora gorączkowała bez żadnéj przyczyny, ranna ciepłota wynosiła między 36—37, wieczorna między 38 do 40° C. Brzuch stożkowato wypuklony, pępek wygładzony. Wypuk śledziony poczynał się od 7 żebra, a brzeg jéj dolny sięgał do spojenia łonowego; brzegiem prawym przekracza liniję środkową, brzeg zaś lewy gubi się w głębi. Długość jéj wynosi 35 ctm., a szerokość około 15 ctm. Tarcia otrzewnowego nie można wyczuć, natomiast dokładnie słyszeć się dały szmery naczyniowe równoczesne z uderzeniem serca. Wątroba sięga na trzy palce poniżej łuku żebrowego, brzeg jéj ostry, a powierzchnia przy dotyku bardzo bolesna. Apetyt mierny, stolec nieregularny, częstokroć rozwolnienie.

Miesiączka nieregularna, obfita i bolesna.

Mocz barwy nasycono winowo żółtéj, oddziaływania wybitnie kwaśnego, cięż. gatunk. 1·028—1·032. Ilość mocznika oznaczona metodą Liebiga-Pflügera wynosiła 1·2—1·4%, ilość kwasu moczowego 2·8—3·1° grm. pro die. Mocz zawierał białko w ilości 0·08%. W osadzie znajdowały się bardzo liczne ciałka ropne, nader pojedyńczo szkliste wałeczki Belliniego, moczany i liczne kryształki kwasu moczowego. Z szczególniejszym naciskiem podnoszę, że w moczu świeżym (w dwu litrach) nie znalazłem kwasu mlekowego, znalazłem go dopiero w moczu uległym kwaśnemu kiśnieniu. Natomiast wykazałem ksantynę i hypoksantynę.

Kol. Kicki zbadał dno oczu i podaje: Chora skarży się, że na oku prawem czuje lekkie zamglenie. Powieki normalne, środki łamiące czyste. Badanie wziernikowe wykazuje: O k o l e w e (w o b r a z i e o d w r o t n y m): Tarcza nieco zamglona, od strony zewnętrznéj brzeg tarczy zamazany, naczynia żylne pokręcone, silnie wypełnione. W o b r a z i e p r o s t y m: Ustawienie nadmiarowe na 1·5 diopt. Tarcza nieco zamglona, naczynia żylne silnie wypełnione i pokręcone; zresztą obraz normalny.

O k o p r a w e: Brzeg tarczy w całości zamglony, jakoteż część siatkówki do brzegu dotykającéj. W o b r a z i e p r o s t y m: Tarcza silnie zamglona, również siatkówka na około tejże; ani wybroczyn, ani wysięków dostrzedz nie można.

Badania krwi dokonałem kilkakrotnie w różnych stadyjach choroby tak co do ilości ciałek krwi czerwonych i białych, stosunku ich ilości do siebie, jako téż co do zawartości hemoglobiny. Ilość ciałek krwi czerwonych i białych obliczałem za pomocą Thomy-Zeissa używając rozczynu Toisona, a ilość hemoglobiny za pomocą przyrządu Fleischla i przyrządu Bizzozery. Podczas stanu gorączkowego największa ilość ciałek czerwonych wynosiła 4.200.000, ciałek krwi białych 112.000 a jednym sz. mm., a stosunek ich do siebie wynosił 1:37; w stanie bezgorączkowym zaś (w tydzień późniéj) ilość ciałek czerwonych 3.600.000, białych 168.333, stosunek ich do siebie 1:17. Ilość hemoglobiny 60—55%.

Dla preparatów mikroskopowych wydobywałem krew z palca, poddawałem działaniu ciepłoty 115°C. przez kilka godzin, a następnie barwiłem w sposób znany hematoksyliną i eozyną lub metodą Hubera (aurantia, indulin i eozyna), niektóre preparaty poddawałem przed barwieniem zapomocą hematoksyliny i eozyny działaniu kwasu pikrynowego. Obraz mikroskopowy przedstawiał się jak następuje: Ciałka krwi czerwone są różne tak co do kształtu jak i co do wielkości, są małe, dwuwypukłe (mikrocyty), którym Maks Schultze nadaje pewne znaczenie w bielicy, są duże (megaloblasty), a z tych niektóre opatrzone jądrem, tak zwane przechodnie lub jądrzaste ciałka czerwone; obok zwykłych kształtów widzimy ciałka czerwone wrzecionowate, gruszkowate, półksiężycowe itp. w ogóle przedstawiające obraz w małym stopniu zwany przez Quinckego *poikylocytosis*.

Ciałka białe występują również w kilku postaciach; są małe ciałka białe mniejsze od ciałek czerwonych, w całości prawie wypełnione jądrem, mniej lub więcéj wybitnie niebiesko zabarwionem, przeważną zaś ilość stanowią ciałka białe duże, większe od ciałek czerwonych, zawierające jedno lub więcéj jąder. Niektóre z nich okazują wybitną karyokinezę, opisaną przez Cornila na podobnych komórkach szpiku kostnego. Komórki te dla odróżnienia od ciałek białych, znajdujących się we krwi prawidłowéj, nazwano komórkami rdzennemi (*Markzellen*, *Cellules medullaires* Cornila), których we krwi prawidłowéj wcale nie ma. Między temi ciałkami dużemi szczególniejszą uwagę zwracają na się ciałka eozynowe, tj. pierwoszcze przepełnione ziarnkami różowo zabarwionemi okala jądro błękitnie zabarwione. Nadto tu i ówdzie widzieć się dają gromadki ziaren również różowo zabarwionych od eozyny, pochodzące prawdopodobnie z rozpadu ciałek białych; Bizzozero zaś uważa je za produkt rozpadu przez siebie opisanych krążków krwi.

W świeżéj krwi wydobytéj wprost ze śledziony zapomocą punkcyi, znalazłem po bardzo starannem przeszukaniu kilku preparatów zaledwie kilka kryształków Charcot-Neumanna. Przytem zauważyłem, że hemoglobina rychło wydzielała się w charakterystycznych kryształkach, które również szybko się rozpadały. Dodaję oraz, że schizomycetów opisanych przez Klebsa nie znalazłem.

Na podstawie powyższych danych nie wahałem się rozpoznać w tym przypadku bielicę i to bielicę przewlekłą, śledzionowo-szpikową. Chora po półtoramiesięcznym pobycie w szpitalu opuściła zakład na własne usilne żądanie, dokąd wróciła na kilka godzin przed śmiercią.

Sekcyja jéj zwłok przedsięwzięta przezemnie w zastępstwie Prof. Dra Feigla w obecności kolegów szpitalnych wykazała: Na skórze szczególnie brzucha i całego tułowiu znajdują się liczne garbki limfatyczne dokładnie zbadane i opisane przez śp. Biesiadeckiego wielkości grochu, niektóre z nich wypełnione cieczą ropną. Nieznaczny naciek w szczycie płuca prawego, a na przekroju płuc przy ucisku wydobywają się liczne skrzepy włóknikowe z większych naczyń. Komórka prawa nieco rozszerzona, mięsień sercowy okazuje zmiany zwyrodnienia brunatnego. Komórki jako też większe naczynia wypełnione skrzepami krwi zielonkowato żółtemi. Wątroba waży 3.5 klgr., śledziona 2.5 klgr., długość śledziony wynosi 35 ctm., szerokość 17 ctm. Gruczoły pozaotrzewnowe jakoteż kiszkowe są nieco powiększone. Szpik kostny jasno - czerwony z żółtemi smugami. Już w dniu sekcyi znalazłem bardzo liczne kryształki Charcot - Neumanna w szpiku kostnym, śledzionie, wątrobie a nawet w skrzepach krwi i to w znacznéj ilości.

Oceniając opisany przypadek ze stanowiska krytycznego, widzimy najpierw, że potwierdza zdanie Neumanna, według którego niema czystéj bielicy śledzionowéj, tak samo jak niema czystéj bielicy gruczołowéj. Za źródło wyjścia téj choroby uważa Neumann szpik kostny; rzadko kiedy choroba zatrzyma się na bielicy szpikowéj, najczęściéj do téj formy dołącza się bielica śledzionowa lub gruczołowa lub obie razem i w ten sposób mamy przed sobą obraz bielicy mięszanéj. I nasz przypadek przedstawia obraz bielicy mięszanéj śledzionowo - szpikowéj. Już z badania fizycznego w obec objawów ze strony krwi nie ulegało wątpliwości, że znacznie powiększona śledziona jest źródłem choroby; kości zaś przy uderzaniu były niebolesne z wyjątkiem jednego ograniczonego miejsca w dolnéj połowie mostka, nie znalazłem także ciałek krwi czerwonych, któreby zawierały w sobie krople tłuszczu, które Mosler opisał.

Natomiast znajdujemy ciałka krwi jądrzaste, duże leukocyty z dużemi jądrami, znajdujemy duże ciałka eozynowe, których początek Einhorn wywodzi ze szpiku kostnego. — Wprawdzie tak ciałka krwi jądrzaste, jakoteż leukocyty eozynowe mogą pochodzić również i z śledziony, jednak nabierają one znaczenia jako pochodne z szpiku dopiero obok dużych leukocytów (komórki rdzenne). Te ostatnie bowiem

pochodzą wyłącznie z szpiku kostnego. Małe ciałka białe, mniejsze aniżeli ciałka krwi czerwone, zawdzięczają wprawdzie swój początek gruczołom limfatycznym i rzeczywiście znajdują się w zwiększonej ilości w formie bielicy gruczołowéj, lecz również zródłem ich może być i śledziona, zwłaszcza, gdy ciałka Malpighiego są chorobowo zajęte. Nasz przypadek dowodzi również pochodzenia tychże małych ciałek białych z śledziony, gdyż gruczoły limfatyczne wcale nie były powiększone z wyjątkiem gruczołów kreskowych, jak to sekcyja wykazała.

Ilość ogólna białych ciałek krwi w powyższym przypadku zależała od stopnia ciepłoty; mianowicie podczas gorączki zmniejszała się, a wzmagała się w stanie bezgorączkowym.

Wpływ ten ciepłoty na leukocytozę a względnie na narządy krwiotwórcze nie jest przypadkiem odosobnionym. Eisenlohr opisuje przypadek bielicy, w którym śród téj choroby wystąpiła gorączka o charakterze durzycowym z obfitemi krwotokami z nosa. Ilość ciałek krwi białych tak się była zmniejszyła, że na szczycie gorączki nie można było rozpoznać bielicy, tem mniéj, że tak śledziona jako też gruczoły limfatyczne znacznie się zmniejszyły. Ze spadkiem gorączki wystąpił napowrót wybitny obraz bielicy. W przypadku bielicy przez Heucka opisanym zapalenie wysiękowe opłucny wpłynęło na zmniejszenie się ilości leukocytów; Müller zaś widział zmieniony na korzyść stosunek składników krwi pod wpływem *sepsis*, która się rozwinęła po przetoczeniu krwi dla celów leczniczych. Wpływ więc korzystny podwyższonéj ciepłoty na skład krwi w bielicy zdaje się być niezaprzeczonym, jakkolwiek równorzędnie z tym objawem nie następowało polepszenie ogólnego stanu zdrowia ani w moim przypadku, ani też w przypadkach powyżéj wymienionych.

Z pomiędzy ciałek białych znajdujących się we krwi chorych na bielicę wyróżniają się swą ważnością ciałka eozynowe. Ciałka eozynowe znajdują się stale we krwi prawidłowéj ludzkiéj i zwierząt ssących, choć w bardzo małéj ilości; większą ich ilość uważają za charakterystyczny objaw bielicy. Tymczasem znane są przypadki chorobowe nie-bielicy, w których ilość ciałek eozynowych nietylko dorównywa ilości tychże w bielicy, lecz nawet przewyższa; tak n. p. w niektórych przypadkach niedokrewności, w marskości wątroby, w kile wątroby i t. d. (F. Müller i H. Rieder), w dychawicy (Gabryszewski). Wspomnieć tu również należy, że obecność ich wykazano nietylko we krwi; Müller, Gollasch, Leyden znajdują je, i to w dość sporéj ilości, w plwocinach astmatyków, ja je znajduję w osadach moczu w niektórych przypadkach nieżytów pęcherzowych i zapaleń nerek. (Podanie bliższych szczegółów co do ciałek eozynowych w osadach moczowych zastrzegam sobie na późniéj).

Wobec tych danych nasuwa się wątpliwość, ażali można na zwiększonéj ilości ciałek eozynowych opierać rozpoznanie bielicy. Zdaje się, że w przyszłości nie tyle ich ilość, ile jakość będzie rozstrzygać w rozpoznaniu bielicy. Jak już poprzód wspomniałem, w naszym przypadku były ciałka eozynowe małe i duże; małe są to najprawdopodobniéj zwykłe składniki krwi, które powstały przez jakieś przeobrażenie z ciałek białych nieeozynowych (Maks Schultze), badane bowiem na stole mikroskopowym ogrzanym okazują się jako obdarzone ruchem (Löwit, Maks Schultze) a jądro ich barwi się żywo safraniną; duże zaś są to napływowe ze szpiku kostnego, których wcale nie ma we krwi prawidłowéj, a więc należące do kategoryi dużych komórek czyli komórek rdzennych (*cellules medullaires* Cornil), okazujące na stole mikroskopowym ogrzanym mało albo wcale żadnego ruchu, a jądro barwi się słabo safraniną. Duże więc ciałka eozynowe, według dotyczasowych pojęć, znajdują się tylko w bielicy bez względu na to, czy bielica przeważnie śledzionowa czy gruczołowa, gdyż w każdym razie szpik kostny jest chorobowo zajęty; znaczenie ich dyjagnostyczne tem większe, gdy je znachodzimy obok komórek rdzennych nieeozynowych, obok ciałek krwi jądrzastych, chociażby ilość ciałek eozynowych w ogóle była nieznaczną. A porównywając leukocytozę daleko posuniętą z bielicą, widzimy, iż w leukocytozie są tylko takie składniki, które się znajdują we krwi prawidłowéj, tylko w stosunku do siebie odmiennym, w bielicy zaś znajdują się twory, jakich we krwi prawidłowéj wcale nie ma. Stąd też słusznie twierdzi Müller, że najprowdopodobniéj rozpoznanie bielicy opierać się będzie nie tyle na ilości ciałek eozynowych, ile raczéj na ich jakości i wogóle na jakości ciałek białych, a ztąd koniecznem będzie badanie krwi świeżo wypuszczonéj na stole mikroskopowym ogrzanym celem stwierdzenia bielicy.

Drugim ważnym składnikiem krwi, który ma mieć również znaczenie dyjagnostyczne, są kryształki Charcot-Neumanna. Zenker, Cohnheim, Jaksch, Eichhorst znajdowali te kryształki dopiero w zwłokach, a mianowicie we krwi, szpiku kostnym i śledzionie, częstokroć dopiero po zgniciu; co szczególniejsza, że Neumann nie znalazł ich w jednym przypadku nawet po dłuższem gniciu. Tymczasem Westphal i Prus wykazali je we krwi świeżéj wydobytéj wprost ze śledziony; obojętnem jest według Westphala, czy poszukujemy kryształków na stole mikroskopowym ogrzanym czy na nieogrzanym, byle badać rychło tuż po wydobyciu krwi ze śledziony.

W moich preparatach krwi wydobytéj ze śledziony znalazłem zaledwie kilka kryształków Charcot-Neumanna ustawionych charakterystycznie, t. j. stycznie do ciałek białych; natomiast sporą ich ilość znalazłem zaraz po dokonaniu sekcyi w każdym preparacie ze szpiku kostnego, ze śledziony i z krwi, a najwięcéj ich było w skrzepach włóknikowych krwi. Niepodobna na powyższych szczupłych danych budować wnioski dyjagnostyczne; w każdym jednak razie nasz przypadek i pod tym względem może w literaturze bielicy oddać usługi.

Co do zachowania się składników moczu w bielicy nasz przypadek niczem się nie różnił od innych opisanych. Wybitnie i charakterystycznie była zwiększoną ilość kwasu moczowego, 2·8—3·1 grm. *pro die*, prawdopodobnie kosztem mocznika, którego ilość wynosiła 1·2—1·4% (nie stosunkowo do ciężaru gatunkowego). Pierwszą myślą, jaka się nasuwa dla wytłomaczenia tego zjawiska, byłoby, że istoty białkowe wskutek ubytku w bielicy ciałek krwi czerwonych, tych przenośników tlenu, nie utleniają się na najwyższy produkt azotowy, t. j. na mocznik, tylko że utlenienie pozostaje na niższych tworach, na kwasie moczowym, nawet na ksantynie i hypoksantynie, które istotnie w tym przypadku wykazałem. Lecz równie słusznie przypuścićby można, że tak kwas moczowy jako też ksantyna i hypoksantyna są wprost wytworami ciałek krwi białych, a na uzasadnienie tego twierdzenia mogę podać, że w śledzionie i skrzepach krwi włóknikowych znalazłem sporą ilość ksantyny i hypoksantyny.

Na razie więc rzecz ta czeka rozstrzygnięcia, również jak i kwestyja obecności w moczu kwasu mlekowego, którego nie znalazłem w moczu świeżo wydzielonym, również jak Salkowski, Nencki i Sieber, Hempel.

Wreszcie pozwolę sobie dorzucić słów kilka w sprawie etyjologii opisanego przypadku bielicy. Za jedyny punkt oparcia możnaby przypuścić niedokrewność, która mogła wystąpić po krwotokach kiszkowych, o których chora wspominała, w tem przypuszczeniu, że niedokrewność przeszła i rozwinęła się w bielicę chroniczną. W literaturze są znane przypadki przejścia niedokrewności czy to zwykłéj czy złośliwéj w bielicę, lecz w tych wszystkich przypadkach występowała bielica ostra i kończyła się śmiertelnie najdaléj do 9 tygodni, u naszéj zaś choréj choroba trwała co najmniéj 8—10 miesięcy. Wspomniałem o tem, bo może przyszłe przypadki potwierdzą moje powyższe przypuszczenia.

III. O nowych metodach leczniczych w chorobach skóry z szczegółowem uwzględnieniem mydeł Eichoffa.

Napisał

Dr. Henryk Mendelsburg.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

Mule maściowe zajmują pośrednie miejsce między klejami a mulami plastrowemi, posiadają one także własność wciągania wilgoci, tłem bowiem ich jest gaza maściami napojona Wskazane są one w tych chorobach skórnych, w których mamy skąpą sekrecyję i mały naciek. Używać ich możemy tylko na miejscach ograniczonych, wycinając odpowiednie kawałki, które opaskami przymocowujemy. — Beiersdorf z Hamburga wyrabia z polecenia Unny 4 odmiany: mul cynkowy, ichtyolowo-cynkowy, ołowiowo-karbolowy (w zastępstwie maści Hebry) i cynkowo-precipitatowy.

Plastry gutaperchowe składają się z cienkiego mulu gutaperchą szczelnie impregnowanego, na którym za pomocą gumy rozpostarty jest jednostajnie lek bez żadnéj przymieszki. Różnią się zatem od zwykłych plastrów tem, że nie posiadają żadnego łącznika w kształcie tłuszczów lub drażniących żywic i że szczelniéj do skóry przylegają. Prócz tego zawierają więcéj leku, bo jego ilość zawsze może być większą, aniżeli w plastrach dawnych, u których część mniejszą stanowił lek a większą objemiec. Gutapercha zaś jest więcéj nieprzepuszczalną niż płótno, choćby żywicą lub woskiem posmarowane. Dawka rozpostartego leku jest niejednostajną; na téj samej jednostce płaszczyzny plastra może być więcéj lub mniéj leku rozdzielonego, w ten sposób otrzymujemy silniejsze i słabsze plastry. Działanie jego jest podobne jak nieprzepuszczalnego okładu wysychającego. — Płaszczyzna skóry hermetycznie plastrem przykryta, nie oddaje na zewnątrz pary wodnéj i ciepła. Wskutek tego skórę przenika wilgotne ciepło, które wywołuje jéj zmięknienie, następuje bowiem rozluźnienie komórek przyskórka i włókien właściwéj skóry. Lek więc na plastrze rozpostarty głębiéj w miąższ skóry może się dostać. Z powodu zwiększonéj zaś ciepłoty następuje większy dopływ krwi do skóry, a zatem i lepsze jéj odżywienie, a co za tem idzie, i wessanie starych złogów.

Unna sporządził początkowo 4 plastry: rtęciowo-karbolowy w celu poronnego leczenia czyraków, dymienic; resorcynowo-ichtyolowy w różnych formach wyprysków suchych, *acne rosacea* itd.; salicylowo-kreozotowy specyjalnie przeciwko wilkowi i plaster cynkowy.

Nowe te metody Unny przewyższają metodę maściową pod wieloma względami. Są skuteczniejsze, bo działalność ich oparta jest na podstawie czynności fizyjologicznych, i zmian patologicznych skóry, leczenie niemi odznacza się czystością, nie mamy tu bowiem do czynienia z tłuszczem lepiącym się i walającym chorego i lekarza, lecz z opatrunkami suchemi bielizny nie niszczącemi, które są bez woni, a zatem pacyjenta nie zdradzają. Opatrzony niemi może się oddawać bez przeszkody pracy zawodowéj i życiu towarzyskiemu. Z tego powodu przyjęły się też plastry w lecznictwie chorób skórnych powszechnie.

Mają jednakowoż one i swą ujemną stronę. Nie można ich stosować na wielkie obszary skóry (*psoriasis*, *prurigo* itd.), a z trudnością na te części, które są bujniéj włosami pokryte, wobec chorób zaś skórnych uwłosienie głowy zajmujących są wprost niemożliwe. Zdejmowanie bowiem ich, czy to klejów czy plastrów, z miejsc uwłosionych jest bolesne Manipulacyja z klejami jest dość uciążliwą, trzeba je najpierw rozpuszczać a więc ogrzewać, a przy zdejmowaniu znów to samo czynić. Skutkiem tego starał się kleje żelatynowe prof. Pick z Pragi ulepszyć[1]). Zamiast żelatyny proponuje on gumę tragakantową, która powoli twardnieje. Czy kleina Picka się okaże praktyczną, przyszłość pouczy.

Sposoby lecznicze w chorobach skórnych nie kończą się na tych metodach, bo pomysłowość Unny doskonali rzecz daléj. Myśl Unny podejmuje Eichoff, rozszerza ją i mamy przed sobą nową metodę, która nietylko wypełnia istniejące luki, ale całą dermatoterapiję upraszcza. Mam tu na myśli mydła lecznicze Unny-Eichoffa. Tworzenie mydeł leczniczych nie jest właściwie wyłączną zasługą Unny, bo już Auspitz w r. 1867[2]) wpadł na myśl łączenia leków w dermatologii używanych z mydłem, zbawienne bowiem działanie mydeł jako takich na skórę było oddawna znane. Pomijam tutaj dawne przetwory mydlane więcéj wewnętrznie niż zewnętrznie chętnie używane i ważną rolę dawniéj odgrywające (*sapo olei ceti*, *olei jecoris aselli*, *olei citri* itd.) jako już do historyi należące, przypominam tylko przetwory, których używania w patologii skóry Hebra nas nauczył, jak *sapo kalinus seu viridis* lub *spiritus saponato-kalinus Hebrae*. Zalecał on szare mydło w świerzbie jako leczenie przygotowawcze i w chorobach skóry polegających na zwiększonéj produkcyi gruczołów i przyskórka lub w celu usunięcia takowego, także w chorobach skóry grzybkowych[3]). Przetwory Hebry należą do mydeł płynnych czyli potasowych, Auspitzowi zaś szło głównie o to, aby leki łączyć z mydłami twardemi na preparaty trwałe i stałe, jedną całość stanowiące. Do tworzenia mydeł używał 1 części ługu sodowego i 2 części mięszaniny łoju wolego z olejkiem kokosowym, do którego lek w dawce oznaczonéj dodawał. Masę tę wlewał w formy, a kiedy stwardniała, odpowiednio opakowawszy w handel puszczał. W ten sposób utworzył dość znaczną ilość mydeł, jak np. *sapo benzoatus*, *s. camphoratus*, *s. vitellinus*, *s. sulfuratus*, *s. piceus*, *s. sty-*

---

[1]) *Ueber die Anwendung eintrocknender Linimente bei der Behandlung der Hautkrankheiten. Pr. med. Wschr/t.* Nr. 21, 1891. — [2]) Auspitz; *Die Seife u. ihre Wirkung auf die Haut.* Leipzig 1867. — [3]) *Virchows spezielle Ther. u. Path.* Bd. III.

racis, s. boracis, s. tannicus itd. Nie mogły się jednak przyjąć, bo były nietrwałe, szybko lek w sobie zawarty wydzielały i rozkładały.

Rzecz cała przycichła aż do roku 1885. W roku tym wystąpił Unna [1]) z nowym sposobem sporządzania mydeł leczniczych, a główną jego zasługą jest, iż podał przepis, jak się ma robić mydła, aby z lekiem złączone tworzyły preparat stały i nie psujący się. Eichoff [2]) rzecz prowadząc dalej udoskonalił ją [3]), a oprócz niego zajmuje się dziś mydłami leczniczemi także docent Mraček w Wiedniu, zachwalając bardzo ich stosowanie [4]).

Myśl łączenia leków w dermatologii używanych z mydłami była bardzo korzystną, mydło bowiem jako takie przez swe własności i powinowactwo do skóry, raczéj w dziedzinę dermatologii aniżeli hygijeny wkracza. Działanie mydła na skórę jest dwojakie, t. j. mechaniczne i fizyjologiczne. Nagromadzony przyskórek obumarły razem ze znajdującym się na powierzchni tłuszczem, potem i pyłem, zmywa i oddala, ułatwia więc z jednéj strony odpływ produktów fizyjologicznych, z drugiéj usuwa szkodniki pasorzytnicze, które w nich na powierzchni skóry się usadowiły, a zatem działa jako antisepticum. Z tłuszczem przyskórka jakoteż gruczołów tworzy zawiesinę częściowo go zmydlając, oczyszcza więc przewody gruczołów i chroni od zapchania, czyniąc to zaś wydobywa z tychże przewodów pasorzyty tamże zagnieżdżone. Własność ta mydła jest bardzo ważną. Dotychczas za pomocą maści nie można było wejść w same przewody gruczołów, tem mniéj jeżeli one były zapchane. Starano się silnem wcieraniem przezwyciężyć zaporę, nie można tego jednak czynić w chorobach, w których zadrażnienie mechaniczne jest szkodliwe. Dlatego przedtem w zastarzałych przypadkach, jeżeli chciano wysadzić pasorzyta z zaułka (*herpes tonsurans*), musiano za pomocą leków ostrych, drażniących, wywoływać ostre zapalenie ropne, aby ropa przebijając się z wewnątrz ku zewnątrz, pasorzyta częściowo z ukrycia wysadziła.

Mydło oswobadzając przewody gruczołów i powierzchnię skóry z produktów fizyjologicznych lub patologicznych wspiera jéj przewiew, a zatem i przemianę pierwiastków, skutkiem czego odżywienie jéj staje się lepszem.

Skóra nareszcie ma własność nadzwyczaj szybkiego resorbowania piany mydlanéj. Przekonać się o tem każdy może przy myciu. Jeżeli pewną część skóry powleczemy cienką warstwą piany mydlanéj, spostrzeżemy, że ta w oczach naszych z dziwną szybkością gdzieś znika. Czy ona ulatnia się w powietrze? Nie. Jestto własnością komórek przyskórka i gruczołów skóry, iż tak jak bibuła wodę, one mydło w siebie wciągają. I na téj własności polega owe zjawisko znikania mydła. Z pianą mydła wsiąka także lek w niéj rozpuszczony. Mydło więc jest najlepszym objemcem dla leków skórnych, podnosi bowiem odżywienie skóry, ułatwia odpływ jéj produktów i formalnie lekiem ją impregnuje.

Szło teraz tylko o to, ażeby stworzyć mydło trwałe i niezmieniające leku w nim zawartego. Udało się to Unnie przez utworzenie tak zwanych mydeł przetłuszczonych (*Ueberfettete Seifen, sapo hyperadipatus*). Mydła zwykłe toaletowe zawierają pewną ilość wolnéj zasady, oddziaływają też alkalicznie i nie nadają się do fabrykacyi mydeł leczniczych, bo z lekiem się nie znoszą, rozkładając takowy. Jeżeli jednak przy fabrykacyi użyjemy tyle tłuszczu, iż po połączeniu się z zasadą na mydło pozostaje jeszcze pewna część tłuszczu nie zmydlonego, to mydła takie nazywamy przetłuszczonemi. Mydło lekarskie dlatego powinno być przetłuszczonem, bo w połączeniu z lekiem się nie rozkłada i jako takie długo przechowane być może, oddziaływa bowiem nie alkalicznie, lecz słabo-kwaśno, pewna bowiem ilość kwasów tłuszczowych jest wolną. Nadmiar zaś tłuszczu przyczynia się do tego, iż skóra przy jego użyciu nie zostaje przez lek zbyt drażnioną. Chcąc więc produkować mydła Unny Eichoffa, trzeba je tworzyć o innym składzie aniżeli te, których się powszechnie do zwykłego mycia używa, a czynność tę oddać należy albo aptekarzowi albo zaufanemu i z uczciwości znanemu mydlarzowi; w miarę bowiem postępu tworzenia mydeł lekarskich na drodze naukowéj podniosła oczywiście głowę szarlataneryja i chęć niesumiennego wyzysku. Nie rzadko też zdarza nam się czytać śród inseratów przeróżnych gazet reklamy dla różnych mydeł lekarskich, jako panacea na różne choroby skórne. Mydła te tworzą zazwyczaj fabrykanci, dla których produkcyja samych mydeł toaletowych jest niewystarczającą. Zazwyczaj mydła toaletowe nie są w ścisłem tego słowa znaczeniu czystemi mydłami, ale raczéj mięszaniną różnych domieszek w celu większego zysku lub łatwiejszéj i tańszéj produkcyi dodanych, boć mydłem nazwiemy tylko to ciało chemiczne, które z połączenia odpowiedniéj ilości alkaliów z odpowiednią ilością tłuszczów powstaje. Niesumienni fabrykanci dodają do mydeł często żywicę, mąkę, krochmal, krem lub w celach zabarwienia wątpliwéj czystości barwiki. Trudno się więc spodziewać, aby tego rodzaju fabrykanci, którzy nadto nie mają najmniejszego pojęcia o dawkowaniu leków, mogli i chcieli mydła podług przepisu Eichoffa sporządzać. Do fabrykacyi mydeł leczniczych wtedy tylko można mieć zaufanie, jeżeli pozostaje ono pod kontrolą lekarza znawcy. Fabrykacyja mydeł Eichoffa właśnie pod taką kontrolą się znajduje, dlatego tylko te mydła dają wszelką gwarancyję skuteczności.

Unna zaleca do tworzenia mydeł brać czysty łój woli z mięszaniną dwóch części ługu sodowego i jednéj potasowego. Do przetłuszczenia zaleca czystą oliwę. Eichoff zmodyfikował ten przepis o tyle, iż do przetłuszczania używa mięszaniny 2 części oliwy z 3 częściami lanoliny. Lanolina jako tłuszcz zwierzęcy ma do skóry większe powinowactwo, prócz tego posiadając własność pochłaniania wody, przyczynia się do lepszego pienienia mydła. Dopiero do mydeł tego składu dodaje się lek w odpowiedniéj dawce. Mydła Eichoffa wyrabia tylko Ferd. Mühlens w Kolonii [1]) pod kontrolą jużto Eichhoffa, jużto aptekarza Braschossa. Mydła te, o konsystencyi twardéj mydeł toaletowych opakowane są w staniol i papier biały, na którym umieszczona jest w dawkach ilość leków z podpisem Eichoffa.

[1]) *Ueber medicin. Seifen. Volk. kl. Vorträge* Nr. 252, 1885. — [2]) *Ueber Seifen, mit besonderer Berücksichtigung u. Angabe von neuen med. Seifen. Dr. Eichoff. Dermat. Studien.* Heft I, 1889. — [3]) *Ueber neue med. Seifen. Dr. Eichoff. Volk. kl. Vorträge*, Nr. 4, 1890. — [4]) Dr. Schwarz. *Die Anwendung der Seifen in der Dermatologie. Wr. kl. Wschrft.* Nr. 40—42, 1891.

[1]) Köln a. R. Glockengasse Nr. 474 lub filija: Wien-Meidling Rudolfsgasse Nr. 56 a.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Finotti (Insbruk): **Przypadek tężca leczony antitoksyną Tizzoniego. Wyzdrowienie.**

Okoliczność ta, że niektóre zwierzęta są zupełnie lub więcej odporne przeciw pewnym chorobom zakaźnym, zachęciła już wielu badaczy do szukania przyczyny téj odporności. Zwrócono przedewszystkiem uwagę na rozmaite własności krwi różnych zwierząt. Tizzoni i Cattoni spostrzegli, że psy i gołębie są bardzo odporne przeciw jadowi tężca, a że przeciwnie myszy, króliki i morskie świnki ulegają z łatwością téj chorobie. Wstrzykując psom i gołębiom przesącz kultur tężcowych, wywołali zupełną ich odporność na ten jad; podobnie powiodło się im i z królikami przez wstrzykiwanie osłabionych kultur, myszy zaś zyskiwały trochę odporności dopiero przez wstrzykiwanie do jamy otrzewnowéj surowicy krwi z psów zupełnie już odpornych, a morskie świnki ze surowicy królików zupełnie już odpornych. Wstrzykując zaś surowicę psa lub królika odpornego na jad tężcowy zwierzęciu dotkniętemu już chorobą, nie zoobojętnia się jednakowoż jadu zupełnie, ale powstrzymuje się działanie jego na mięśnie jeszcze nie zajęte, czyli umiejscowia się chorobę. Tizzoni i Cattoni zrobili ze surowicy krwi psów i królików, u których sztucznie wywołali odporność, przetwór nazwany „antitoksyną“, a Finotti spróbował w klinice Nicoladoniego działania tejże antitoksyny u człowieka dotkniętego tężcem. Przetwór ten okazał się i u człowieka skutecznym, gdyż stan chorego po wstrzyknięciu nie tylko nie pogarszał się, ale owszem po 2 tygodniach nastąpiło nawet zupełne wyzdrowienie. Podobne dodatnie wyniki na człowieku ogłaszają Schwarz w Padwie, Gagliardi w Molinella i Tizzoni w Bolonii. (*Wiener. klin. Wschrft.* Nr. 1, 1892). *Dr. Idziński.*

Chirurgija.

Brandt: **Narkoza chloroformowa.** Sposób usypiania chorych ciągłem podawaniem po kropli chloroformu, zalecony przez Dr. Zuckerkandla z Wiednia, był już od lat sześciu stosowany w oddziale chirurgicznym dla marynarzy w Hamburgu. B., jak również kierownik oddziału Dr. Lauenstein, doszli tą metodą do następujących wyników:

Narkoza nastaje prędzéj i więcéj miarowo; przebieg jéj bywa spokojnym i bez niebezpiecznych zaburzeń. Ilość zużytego chloroformu jest o połowę mniejszą jak w zwykłym sposobie, ztąd i dla chorego podmiotowo jest przyjemniejszą, a i stan chorego po narkozie o wiele jest znośniejszym.

M. Baudouin: **O nowym sposobie narkotyzowania.** Narkotyzowanie ustawicznem podawaniem chloroformu po kropli zalecił pierwszy Leon Labbé w r. 1882 na posiedzeniu Wydziału lek. w Paryżu. B. zaleca od początku do końca polewać kroplami maskę tak, by 2—4 kropel padało w 15 sekundach, aż chory nie uśnie. Odtąd należy w minucie podawać 2—3 kropel, maski jednak nie powinno się ani na chwilę do samego końca od ust choremu odejmować. W ciągu narkozy i przed uśnięciem chorego należy zupełną zachować ciszę w otoczeniu i do niego nie mówić, aby nie wywoływać u niego wyobrażeń, któreby mogły spowodować stan pobudzenia. Czy chory już jest uśpionym, badać należy drażnieniem wewnętrznéj strony ud, gdyż odruch tychże dłużéj się utrzymuje, jak odruch rogówkowy B. poleca metodę tę, podając następujące jéj zalety:

Rozpoczęcie narkozy nie jest dla chorych niemiłem; okresu podniecenia nie zauważa się prawie nigdy, a przebieg narkozy jest spokojnym; zużywa się najwięcéj do 20 gramów chloroformu w godzinie; wymioty ani w czasie ani po narkozie nie występują, obudzenie chorego łatwe; bezpieczeństwo bez względu na stan chorego zupełne, jeźli się uważa na oddech dokładnie. (*Centralbl. f. Chirurg.* Nr. 47, 1891). *Dr. Wachholz.*

Terapija.

Rubinstein (Berlin): **Nieco o leczeniu gwajakolem.**

Prof. Schüller w Berlinie pierwszy przed kilku laty polecał gwajakol przeciwko gruźlicy. Ażeby osiągnąć odpowiedni skutek, trzeba rozporządzać czystym preparatem. Riedel w Berlinie fabrykuje gwajakol najlepszy, bo jest czysty, dobrze rozpuszczalny i bezwonny. Nie radzi R. podawać go w pigułkach, lecz raczéj w rozczynie, resorbcyja bowiem jest pewniejszą. Dawka średnia wynosi 4—5 kropli 4 razy na dzień. Smak nieco przykry najlepiéj pokrywa woda słona, dzieciom podaje się zazwyczaj w mleku lub kakao. Lek ten można bez zaburzeń podawać rok cały chorzy znoszą go wyśmienicie. Także inhalacyje gwajakolem są skuteczne (1 : 1000). (*Versml. d. Naturf. in Halle* 1891.)

Dr. Mendelsburg.

Medycyna sądowa.

Wykłady z medycyny sądowéj na X. międzynarodowym zjeździe lekarzy w Berlinie wygłoszone. (Hirschwald-Berlin, 1891).

Prof. Hofmann (Wiedeń): **O tworzeniu się tłuszczowosku.** Tłuszczowosk zdaniem H. jest tłuszczem pierwotnym, zamienionym w stałe kwasy tłuszczowe. Całość kształtu zwłok przy téj zmianie utrzymuje się dlatego, ponieważ podściółka tłuszczowa podskórna krzepnie niejako i ztąd nadaje powierzchni mas tłuszczowoskowych wejrzenie ziarniste. Skóra ulega martwinie gnilnej rozpływnéj, podobnież giną i mięśnie i inne części miękkie; pozostaje tylko rusztowanie zbitéjt kanki łącznéj, wypełnione tłuszczowoskiem. Tkanka mięsna, jak to wykazali Lehmann i Voit, ulega wprawdzie przemianie tłuszczowéj, ale w bardzo nieznacznym stopniu tak, iż na wzrost ilościowy tłuszczowosku wpływać nie może. Narządy gruczołowe ulegają tylko wtedy téj przemianie, jeżeli przed śmiercią uległy patologicznemu przeobrażeniu tłuszczowemu.

Przyczyna powstawania tłuszczowosku polega na tem, iż tłuszcz gniciu nie ulega, natomiast jełczeje. Jełczenie zaś polega na rozszczepieniu tłuszczów obojętnych na kwasy tłuszczowe i glicerynę. Zmiana tłuszczowoskowa nie jest wyjątkową, lecz prawie zawsze w zwłokach znajdowaną, tylko w różnym stopniu. Ażeby zwłoki uległy wybitnie téj przemianie, potrzeba zdaniem H. następujących warunków:

1) Silniejszego rozwoju podściółki tłuszczowéj w zwłokach.

2) Zwolnionego postępu zgnilizny i utrudnionego dostępu dla much i innych pasorzytów żyjących na zwłokach; warunku tego dostarcza woda, która zarazem oddala glicerynę i kwas olejowy z rozkładu tłuszczu powstające, przez co skrzepnięciu tłuszczowosku sprzyja.

3) Pewnego rodzaju tłuszczu pierwotnego; doświadczenie bowiem uczy, iż najprędzéj w równych zresztą warunkach ulegają téj zmianie zwłoki dzieci z obfitą podściółką tłuszczową. Przyczynę téj łatwości należy upatrywać raz w obfitości większéj tłuszczu u dziecka niż u ludzi dorosłych, powtóre i w tem, że tłuszcz dzieci jest zbitością więcéj podobny do wosku, więcéj zawiera kwasów tłuszczowych stałych i okazuje wyższy punkt topliwości. Tłuszcz opojów okazuje podobne własności jak dziecięcy; ztąd przypuszczać należy, że także prędzéj téj zmianie ulega.

4) Niższéj ciepłoty, o ile takowa ułatwia krzepnięcie tłuszczu.

W końcu okazuje H. kawałek skóry z głowy, zmienionéj tłuszczowoskowo, pokrytéj włosem, jak gdyby krótko zestrzyżonym. H. przypuszcza, iż prąd wody płynącéj włosy starł i w ten sposób skrócił.

Prof. Kratter: **O czasie potrzebnym do wystąpienia zmian tłuszczowoskowych.** K. podaje, iż zmiana tłuszczowoskowa w mięśniach nie występuje wcześniéj niż w końcu trzeciego miesiąca. Proces ten postępuje na mięśniach w kierunku od zewnątrz ku wewnątrz. Mięśnie głęboko w ustroju się znajdujące opierają się długo przemianie téj i są jako takie rozpoznawalne nawet u zwłok dłużéj niż rok w wodzie spoczywających. Na czaszce zmieniają się mięśnie najwcześniéj w końcu roku, na udach i międzykroczu najwcześniéj w $1^1/_2$ roku. K. przytacza dwa przypadki, w których znajomość czasu tego posłużyła mu do wykazania tożsamości osoby. Autor należy do obozu uznającego, iż tłuszczowosk również z istot białkowatych powstaje.

Prof. Hofmann: **O zmianie białego arszeniku w żółty bezwodnik kwasu siarkoarsenowego w zwłokach.** W r. 1886 zdarzył się autorowi przypadek, iż w trupie ekshumowanéj z polecenia sądu kobiety znalazł w jelitach znaczną ilość żółtego proszku, który się okazał chemicznie bezwodnikiem kwasu siarkoarsenowego (*Auripigment*). Autorowi wydała się wątpliwą możność zatrucia tymże — poczynił tedy następujące doświadczenia: wprowadził do jelita ślepego w zwłokach pewną ilość arszeniku białego i pozostawił zwłoki w warunkach gniciu przyjaznych. Wreszcie struł kilka psów arszenikiem białym i zwłoki ich również aż do gnicia zachował. Po ośmiu dniach był w stanie wykazać w obu doświadczeniach przemianę arszeniku białego w żółty aurypigment.

Hofmann: **O nieopisywanych dotąd nastrzyknięciach pod śródsierdziem znajdowanych, zwłaszcza w lewéj komorze serca.** H. spostrzegał na sercach zwierząt domowych w różny sposób zabijanych, nastrzykania naczyń pod wsierdziem się znajdujących obok wynaczynionek lub bez nich na szczytach beleczek mięsnych w *conus arteriosus* i na mięśniach brodawkowych najczęściéj w lewéj komorze. Nastrzykania te były tylko w tych przypadkach widocznemi, gdzie serce z chwilą śmierci popadło w stan skurczu. Na zwłokach ludzkich objawu tego nie napotykał tak często, po pierwsze, ponieważ sekcyję zwłok ludzkich dopiero po upływie pewnego czasu od chwili śmierci można wykonać, gdzie zatem stężenie pośmiertne już ustąpiło, powtóre, ponieważ nie rzadko proces gnicia już się rozpoczyna. Wreszcie nawet w przypadkach śmierci nagłéj u człowieka serce popada w spoczynek w fazie rozkurczowéj, zwykle z powodu miąższowego zwyrodnienia mięśnia sercowego. Natomiast można nastrzyknięcia te widzieć częściéj na sercach ludzkich, wykonywając sekcyję w kilka godzin po śmierci. Znaczenie tego objawu wypływa ztąd, iż rzuca on jasne światło na żywe unaczynienie ścian komór, zwłaszcza lewéj, również i na to, czy i w jakiego rodzaju przypadkach śmierci spokój serca nastał we fazie skurczowéj lub rozkurczowéj; wreszcie jest wstanie wyjaśnić, czy w stężeniu pośmiertnem serce również udział bierze.

Prawdopodobnem jest również, iż i za życia przy każdym skurczu serca krew zostaje wepchniętą do naczyń pod śródsierdziem się znajdujących, w czasie zaś każdego rozkurczu nastrzyknięcia te się wyrównywają, co zwłaszcza w tak zwanem przez Brückego samosterownictwie serca nie poślednią odgrywa rolę.

Erhard (Kijów): **O postępowaniu w ocenianiu sądowo-lekarskiem mechanicznych obrażeń ciała.** Sprzeczność uwidaczniająca się w orzeczeniach sądowo lekarskich młodszych lekarzy sądowych, w sprawie mechanicznych uszkodzeń ciała, pochodzi z niedostatecznego uwzględnienia mechanizmu uszkodzenia. Ponieważ uszkodzenie mechaniczne jest wynikiem zetknięcia się dwóch ciał, z których przynajmniéj jedno musi być w chwili wywołania uszkodzenia w ruchu, ztąd przy ocenianiu uszkodzenia trzeba dokładnie zbadać uszkodzenie i ruch ciał uszkodzenie wywołujących, względnie ruch części ciała człowieka, który nim uszkodzenie wywołuje. Pewne ruchy człowieka zależą ściśle od stosunków i budowy anatomicznéj jego pojedynczych członków, np. ruch przy chodzeniu, popychaniu, bieganiu i t. d. — są to więc ruchy swoiste. Innych ruchów wyucza się człowiek przez przyzwyczajenie do pewnych zajęć, są to ruchy przyswojone.

Ponieważ wszystkie ruchy wykonywa człowiek bezwiednie, a więc bezwiedza ta dotyczy także i ruchów w zamiarze zbrodniczym wykonanych. Dowodem tego znany przypadek Taylora, w którym rzeźnik podciął gardło swéj ofierze w sposób taki sam, jakiego zwykle używał do zabijania owiec.

W ocenianiu więc ruchów w zamiarach nieprzyjaznych dokonywanych, należy uwzględnić możliwość ruchu swoistego, o ile nic nie przemawia za istotą ruchów przyswojonych, do wykonania uszkodzenia użytych. Sposób ten analityczny autora nigdy nie zawiódł; jednak sposobu tego użyć nie można przy ocenianiu ruchów, które wywołały uszkodzenia w czasie walki; tu bowiem ruchy były bardzo rozmaite.

Dr. Wachholz.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XII. Posiedzenie z d. 26 września.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 23.
Nowy członek kol. Pietrowski.

1) Przewodniczący wstępnem przemówieniem uczcił pamięć i zasługi około sekcyi zmarłego członka Doktora Lecha; poczem na wniosek przewodniczącego uchwalono zebraną sumę ofiarować zamiast wieńca na fundusz wdów i sierot po lekarzach.

2) Kol. Świątkiewicz przedstawia przypadek *Syphilis pigmentosa.* W dyskusyi mówił kol. Krokiewicz.

3) Kol. Barącz przedstawia chorego z obrzękiem na ręce płaskim rozlanym wzdłuż zginacza palca dużego, dłoni i dolnej części przedramienia, przypuszcza że jest to *lipoma arborescens.* Kol. Wehr opisuje podobny przypadek, który operował, gdzie było *Myxoliposarcoma.* Podobne przypadki opisują dalej koledzy: Ziembicki, Schramm i Krokiewicz.

4) Kol. Mukowicz przedstawia trzy przypadki resekcyi jelita wtórorzędnej, wykonane przezeń w oddziale prym. Ziembickiego. W dwóch przypadkach wykonaną była w tymże oddziale herniotomia i z powodu zgorzeli jelita założono sztuczny odbyt. W kilka tygodni wykonał kol. M. resekcyję, w jednym przypadku 15 ctm. w drugim 12 ctm. kawałka jelita, przebieg pooperacyjny normalny, zgojenie przez rychłozrost. Trzeci przypadek: Kobieta lat 34, przebyła przed 2 laty prawdopodobnie uwięźnięcie przepukliny, które się samo wyleczyło przez wytworzenie się przetoki kałowej. Tydzień przed wstąpieniem do szpitala wśród silnego kaszlu pękła blizna obok przetoki i wypadła tą drogą pętla jelita z błoną śluzową na zewnątrz, więc nastąpiła tu inwaginacyja a następnie wypadnięcie téj wgłobionéj pętli na długość około 30 ctm. Dnia 18 sierpnia wykonał u niej kol. M. resekcyję 20 ctm. kawałka jelita. Przebieg po operacyi bezgorączkowy zupełnie prawidłowy. — W dyskusyi zabierali głos koledzy Barącz, Schramm, Wehr i Ziembicki.

Nastąpił wykład kol. Wiczkowskiego „o bielicy“. (Rzecz ogłoszona w tym Numerze). — W dyskusyi przemawiali koll. Krokiewicz i prelegent.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

XIII. Posiedzenie z d. 10 pazdziernika.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 14.
Nowy członek kol. Riwczes.

1) Kol. Przewodniczący oznajmia, że kol. Seifmann ofiarował znaczną ilość dzieł bibliotece sekcyi, za co kol. Seifmannowi podziękowanie wyrażono.

2) Kol. Ziembicki przedstawia *a*) chorego z przepukliną pachwinową wolną obustronną olbrzymich rozmiarów, ma zamiar wykonać u niego operacyję Bassiniego, poczem go powtórnie przedstawi, *b*) chorego, u którego wykonał wyłuszczenie ramienia z powodu osteosarcoma kości ramieniowéj znacznych rozmiarów; preparat odpowiedni przedstawia kol. Feigel.

3) Kol. Mukowicz przedstawia rzadki przypadek gruźlicy oczodołu, gdzie gruźlica doprowadziła do zupełnego zniszczenia dolnej połowy oczodołu, nie naruszając jednakże oka, tak że chora widzi dobrze, mimo, że oko w dolnej połowie od oczodołu zupełnie jest odłączone. *Dr. Mukowicz,* sekretarz.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 stycznia. Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwo lek. krak. uchwaliło na wniosek swego komitetu wyrazić w „Przeglądzie Lek.“ publiczne podziękowanie Towarzystwom lekarskim i wszystkim tym osobom, które nadesłały telegramy w dzień jubileuszu, uchwaliło nadto zasadniczo myśl, aby w powstać mającej Izbie lek. Towarzystwo lek. miało swego

przedstawiciela. Przyjęto następnie sprawozdanie poszczególnych komisyj i udzielono absolutoryjum. Po załatwieniu kilku drobniejszych spraw kol. Gluziński po dłuższem przemówieniu złożył godność Prezesa Tow. w ręce kol. Ponikły, a Towarzystwo uchwaliło na wniosek kol. Domańskiego zamieścić w protokóle uznanie kol. Gluzińskiemu za gorliwe sprawowanie obowiązków Prezesa w roku ubiegłym.

* Towarzystwo lekarskie Warszawskie obrało na rok bieżący prezesem Dra Edwarda Przewoskiego, wiceprezesem Dra Stanisława Markiewicza a sekretarzem dorocznym Dra Władysława Szteynera.

* W Dorpacie postanowiono 100-letnią rocznicę urodzin Baera, przypadającą d. 17 lutego r. b., obchodzić uroczyście. (*Gaz. Lek.*)

* We Wiedniu otwarto przed kilku dniami nową klinikę chorób krtani, której kierownikiem będzie prof. Störk.

* W tygodniu 52-im (od 27 grudnia do 2 stycznia) było w Krakowie małżeństw 8, urodzeń 32, skonów 58, z tych z gruźlicy 14, z zapalenia płuc 6, z dławca i błonicy 6, z odry 5, z płonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 3.

* **Wiadomości uniwersyteckie. — Praga czeska.** Docent prywatny w Uniw. czeskim Dr Wacław Rubeska mianowany został profesorem położnictwa dla akuszerek w Pradze. — **Zurych.** Prof. Klebs złożył profesurę a następcą jego mianowany został prof. Ribbert z Bonny. — Prof. kliniki lek. we Wrocławiu Biermer i prof. okulistyki w Hali Graefe również zrzekli się swych katedr, docenci zaś Peiper (med. wewn.) w Gryfii i Tuczek (psychijatr) w Marburgu mianowani zostali proff. nadzwyczajnymi — W Strasburgu otwartą została nowa klinika okulistyczna; kierownikiem jéj jest prof. Laqueur. Nadzwyczajni profesorowie hygijeny we Wiedniu i w uniw. niemieckim w Pradze Drowie Gruber i Hueppe mianowani zostali profesorami zwyczajnymi.

* **Wiedeń.** Prymaryjuszami dwóch nowych oddziałów utworzonych w szpitalu Cesarza Franciszka Józefa mianowani zostali docent prywatny Dr. Robert baron Steiner-Pfungen i Dr. Feliks Ehrendorfer, asystent sanitarny.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł z influenzy wielki fizyjolog Brücke, wysłużony profesor i członek Izby Panów. Ernest Wilhelm B., syn malarza Jana Gottfrieda, urodził się w Berlinie d. 6 czerwca 1819 r. Uzyskawszy dyplom doktorski w r. 1842, habilitował się w r. 1844 w Berlinie jako docent fizyjologii, a równocześnie pełnił obowiązki asystenta u Jana Müllera; w r. 1846 mianowany został nauczycielem anatomii w berlińskiéj Akademii sztuk pięknych, w r. 1848 prof. nadzwyczajnym w Królewcu, a w r. 1849 profesorem zwyczajnym fizyjologii we Wiedniu i członkiem zwyczajnym Akademii nauk i odtąd aż do śmierci pozostawał we Wiedniu. Wielkie a znane powszechnie jego zasługi naukowe rząd austryjacki wynagradzał licznemi zaszczytami: i tak nadał mu order Leopolda i szlachectwo, tytuł radzcy dworu, mianował dożywotnim członkiem Izby Panów, nadto zmarły posiadał liczne ordery zagraniczne. Uczniowie i asystenci jego zajmują katedry fizyjologii w Uniwersytetach austryjackich i zagranicznych (w Krakowie było ich dwóch: Albini, obecnie w Neapolu i śp. Piotrowski). Zmarły słynął ze swoich świetnych wykładów, które ściągały słuchaczów licznych, a w zakładzie jego kształcili się liczni bardzo uczniowie i lekarze.

W Londynie umarł prof. chirurgii Dr. Jan Wood, słynny i jako anatom.

W Krakowie umarł w 30-tym roku życia Dr. Walery Pawlas, wychowaniec Uniwersytetu krakowskiego, młodszy brat zmarłego przed kilku dniami fizyka chrzanowskiego. Nieboszczyk pospieszył na pogrzeb brata a po drodze zaraził się tyfusem osutkowym u osoby, któréj udzielił pomoc lekarską. Pozostawił żonę i dwoje drobnych dzieci.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 20 b. m. o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.)*. Porządek dzienny: 1) kol. prof. Obaliński mówić będzie „o zapaleniu linii przyrostkowéj kości długich u dzieci"; 2) kol. Kryński: „O naczyniakach limfatycznych" (*lymphangiomata*) z przedstawieniem chorych i preparatów mikroskopowych; 3) Dr. S. Blatteis: „O plasmodiach zimnicy na podstawie spostrzeżeń w szpitalu św. Łazarza czynionych"; 4) Ewentualne wnioski członków.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie odbędzie *we Środę dnia 20 stycznia b. r. o godz. 5 po pol.* w sali wykładowéj prof. Dra Łazarskiego (bezpośrednio przed posiedzeniem Tow. lek. krak.) Zgromadzenie ogólne XVI., na które szan. Członków i Prenumeratorów Wydawnictwo uprzejmie zaprasza *Prof. Dr. Korczyński.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla abonentów w Galicyi i Cesarstwie niemieckiem po egzemplarzu przemówienia prezesa prof. Gluzińskiego podczas uroczystości jubileuszowéj.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 23 Stycznia 1892. Nr. 4.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przyczynek do chirurgii żołądka.

Skreślił

Dr. H. Schramm we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

Następowe leczenie było w mych przypadkach bardzo proste: przez pierwszy dzień dostawały chore tylko małe kawałki lodu do połykania i przy osłabieniu lewatywy odżywcze, w razie bólu wstrzykiwania podskórne morfiny. Drugiego dnia już podawałem w małych ilościach mleko. Wyniki tego leczenia były w obu przypadkach pomyślne. W przypadkach bardziéj rozwiniętego raka odźwiernika, zwłaszcza w obec dużego guza i znaczniejszych zrostów z otoczeniem, należy według dotychczasowych doświadczeń zaniechać resekcyi żołądka, gdyż śmiertelność w obec takich stosunków jest zbyt duża a i recydywa nawet w pomyślnie zakończonych przypadkach bardzo szybka.

W takich przypadkach szukano innych sposobów przyniesienia choremu ulgi. Ceccerelli radził otwarcia żołądka i nacięcia mas nowotworowych od wewnątrz, zatem rodzaj pylorotomii wewnętrznéj. Hahn próbował intubacyi zwężonego odźwiernika. Oba te sposoby dają jednak zbyt mało szans cokolwiek trwalszéj ulgi dla chorego, aby wobec ważności potrzebnego zabiegu operacyjnego mogły mieć jakieś znaczenie. Natomiast sposób podany przez Bernaysa, t. j. wyskrobanie mas zwężających odźwiernik, wykonany już z pomyślnym skutkiem, może mieć większe znaczenie, potrzeba jednak większéj liczby spostrzeżeń, aby osądzić, o ile sposób ten może rywalizować z podaną przez Wölflera gastroenterostomiją. Ostatnia ta operacyja zyskała sobie już prawo obywatelstwa w leczeniu także rakowatego zwężenia odźwiernika, a początkowo odzywające się głosy odmawiające jéj znaczenia w tem cierpieniu musiały umilknąć w obec wielu przypadków, w których zabieg ten błogie przyniósł skutki dla chorych. Moje n. p. chore doznały znakomitéj ulgi przez czas 3 względnie 5 miesięcy; znane są jednak przypadki, gdzie poprawa zdrowia i brak prawie wszelkich przypadów chorobowych utrzymywał się przez czas dłuższy, n. p. chore operowane przez Angerera, Lauensteina i Lückego.

Śmiertelność po téj operacyi dotychczas znaczna, bo według Novara 51%, zmniejszy się z pewnością przy odpowiedniejszym wyborze przypadków operacyjnych i przy udoskonaleniu techniki; dowodem tego, że n. p. Lauenstein na 13 operowanych stracił tylko 3 chorych, moje oba przypadki co do saméj operacyi zakończyły się pomyślnie.

Słusznie też powiada Wölfler (*Centrbl. f. Chirurgie* 1891, Nr. 40), że operacyję tę wykonywa się często u pacyjentów już zanadto wyniszczonych, przy nowotworach zbyt rozszerzonych, przez co chorym nie przynosi się żadnéj ulgi, a psuje się statystykę śmiertelności.

Co do ściślejszych wskazań do téj operacyi nie ma też między autorami zupełnéj zgody, i tak Angerer i Krönlein wykonywają tę operacyję tylko wobec istnienia zwężenia odźwiernika; zaś König-Lücke i Müller radzą jéj wykonania nawet tam, gdzie objawów zwężenia nie ma. Zdaje mi się, że kwestyję tę możnaby załatwić w ten sposób. Jeżeli mamy przed sobą przypadek z takim nowotworem odźwiernika, że nie można z góry osądzić czy wycięcie odźwiernika będzie możebne czy nie; jeżeli po otwarciu jamy brzusznéj okaże się ta ostatnia ewentualność, natenczas wykonałbym gastroenterestomiję, choćby nawet na razie objawy zwężenia były nieznaczne, a to jako operacyję profilaktyczną, aby w razie wystąpienia tych objawów oszczędzić choremu konieczności powtórnéj operacyi, a to tem bardziéj, że zwracając przez wykonanie gastroenterestomii przynajmiéj znaczniejszą część treści żołądkowéj na nową drogę, musi się zmniejszyć drażnienie odźwiernika, a tem samem może się opóźnić rozrost nowotworu. W przypadkach zaś, w których badanie zewnętrzne wykaże stan taki, że o wykonaniu resekcyi odźwiernika myśleć nie można, przystąpiłbym do wykonania gastroenterostomii tylko w obec wybitnych obja-

wów zwężenia odźwiernika, aby przez operacyję tę usunąć dolegliwości, które właśnie najwięcéj choremu dokuczają — przy braku tych objawów wstrzymałbym się w takich razach od wszelkiego zabiegu operacyjnego.

W obu moich przypadkach operowałem podług metody Wölflera i w obu z wyników byłem zupełnie zadowolony. W pierwszym przypadku wyszukanie odpowiedniéj pętli kiszkowéj tj. na 40—50 ctm. niżéj dwunastnicy było bardzo łatwe, w drugim z powodu silnych i rozległych zrostów koło odźwiernika nie mogłem wynaleść fałdu dwunast.-kiszkowego. Nie tracąc więc na to czasu postąpiłem podług rady Riedla (*Centr. f. Chir.* 1890, Nr. 14), t. j. przesunąłem między palcami znaczniejszą część pętli kiszek, zanim dostałem się do odpowiedniego miejsca. Postępowanie to nie przyniosło żadnéj szkody, a uważam za konieczne przekonać się, jaką pętlę przyczepiamy do żołądka, a to w celu uniknięcia takich niespodzianek, jak n. p. w przypadku Obalińskiego i Lauensteina, że chorzy zmarli wskutek przyszycia do żołądka pętli zbyt nisko położonéj.

Dobre wyniki Lauensteina-Brückego, Fritschego i moje lubo skąpe doświadczenie, przekonywają, że sposób podany przez Wölflera jest zupełnie wystarczający i mniéj pociąga za sobą niebezpieczeństwa niż metoda Hackera lub Caurvisiera, które nadto nie zawsze dają się wykonać, n. p. gdy z powodu zrostów nie można się dostać do tylnéj ściany żołądka.

Sposób szycia, jakiego w obu przypadkach używałem, jest obecnie prawie przez wszystkich stosowany, chroni on najlepiéj przed wypłynięciem treści jelitowéj nawet bez używania uciskadeł i przytem jest najprędszy i najpewniejszy.

W nowo nadarzającym się przypadku próbowałbym szwu płytkowego metodą Senna, który wydaje mi się według dotychczasowych doświadczeń może najodpowiedniejszym do téj właśnie operacyi.

Wreszcie wspomnieć mi należy o metodzie Billrotha łączącéj obie te operacyje, t. j. wycięcie odźwiernika i gastroenterostomija razem i to w przypadkach, w których odźwiernik daje się wprawdzie wyciąć, jednak ubytek przez to powstały jest zbyt duży, aby połączyć można żołądek i dwunastnicę bezpośrednio bez zbyt wielkiego naprężenia. W takim razie Billroth zamknął szwami osobno dwunastnicę i osobno żołądek i wykonał gastroentostomiję.

5. Rak dolnéj części połyku — gastrostomija — znaczne polepszenie. — Śmierć w 18 dni z powodu zapalenia płuc.

W dniu 20 czerwca 1891 r. wezwano mnie do mężczyzny 61 letniego, od którego dowiedziałem się, że od 5 miesięcy zaczął doznawać trudności w połykaniu pokarmów. Poprzednio był on zupełnie zdrów, nie przechodził żadnych ważniejszych chorób, nie nadużywał wyskokowych napojów, w rodzinie nikt na raka nie cierpiał. Trudności w połykaniu wystąpiły bez żadnéj znanéj przyczyny i stopniowały się dość szybko tak, że od dwóch tygodni nie może przełknąć ani odrobiny płynu.

Stan chorego był też odpowiednio do tego nadzwyczaj nędzny, wychudnienie najwyższego stopnia, skóra ziemisto blada bez żadnéj elastyczności, jakby z wosku, brzuch zapadnięty tak, że kręgosłup sterczy przez powłoki brzuszne, tętno 90, bardzo słabe. Trapiące uczucie głodu i pragnienia, chory co chwila żąda napoju, który z wielkim trudem połyka, jednak tylko na to, aby po chwili zwrócić go wśród bolesnych krztuszeń napowrót. Zgłębnik wprowadzony do połyku natrafia w odległości 30 ctm od zębów na przeszkodę, poza którą nawet najcieńszéj struny posunąć nie można.

Rozpoznanie cierpienia nie ulegało więc wątpliwości, a jako jedyny środek ulżenia choremu w nieznośnych dolegliwościach, przedstawiłem założenie przetoki żołądkowéj — nie rokując jednak z powodu zbyt wysokiego wyniszczenia zbyt dobrego wyniku co do przedłużenia życia. Tak chory jak i rodzina jego zgodziła się na operacyję, do któréj też przystąpiłem przy łaskawéj pomocy Dra Schmidta. Pierwotnie miałem zamiar wykonać operacyję sposobem podanym przez Hahna; gdy jednak po otwarciu jamy brzusznéj cięciem idącem wzdłuż łuku żebrowego lewego, chory dostał tak silnego zapadu, iż zachodziła obawa śmierci na stole operacyjnym, musiałem wykonać operacyję jak najprędzéj. — Wyszukałem więc żołądek bardzo mocno skurczony i leżący głęboko pod samą przeponą i prawie na kręgosłupie i przyszyłem jego przednią ścianę o ile można było najbliżéj wpustu do brzegu rany skórnéj w odległości 3 ctm. Resztę rany brzusznéj zamknąłem szwami wałeczkowemi i węzełkowemi, poczem otwarłem żołądek w odległości ½ centim. i w otwór ten wsunąłem dren szczelnie przylegający, przez który wlano zaraz do żołądka parę łyżek starego wina, poczem stan chorego nieco się poprawił. Założono opatrunek na ranę, rurkę zamknięto koreczkiem i odniesiono chorego do ogrzanego łóżka.

Całą operacyję z wyjątkiem cięcia przez powłoki brzuszne wykonano z powodu bardzo nędznego stanu chorego bez uśpienia.

Po operacyi wlewano choremu co 2 godziny po łyżce wina i mocnego rosołu naprzemian.

Wieczorem tętno 86, dość dobre, ciepłota 36·5. Noc spokojna.

22/6. Tętno 80, ciepł. 36·2. Stan sił trochę lepszy. Przez rurkę wlewa się do żołądka co 2 godziny po kilka łyżek mleka, wina i winnéj polewki naprzemian. Opatrunek zupełnie suchy.

23/6. Stan wcale zadowalający. Chory jednak jeszcze tak osłabiony, że siąść nie może. Uczucia głodu i pragnienia nie ma. Koło rurki nie wydobywa się nic z treści żołądkowéj.

25/6. Tętno 76, ciepłota między 36·4 a 37, opatrunek suchy. Do żołądka wlewa się do 1 litra płynnych pokarmów. Stan sił trochę lepszy.

27/6. Pacyjent siada w łóżku. Zmiana opatrunku. Rana zupełnie sucha, zlepiona *per primam.* Koło rurki nic się nie wylewa.

29/6. Pacyjent dostaje rosół z drobiu z siekanem mięsem, winną polewkę i mleko razem w ilości około 1½ litra płynu. W celu uspokojenia pragnienia pigułki lodowe do ust. Ciepłota 36·5. Po południu stolec dość obfity.

1/7. Stan wcale dobry, pacyjent siada w łóżku o własnéj sile. Koło rurki wydobywa się maleńka ilość cieczy.

3/7. Wyjęto szwy skórne. Rana zgojona zupełnie. Koło rurki wydobywa się nieco płynu tylko przy pełnym żołądku i ruchach chorego.

5/7. Wystąpił męczący kaszel, ciepł. 37·8. W płucach w dole liczne rzężenia.

6/7. Ciepłota 38, tętno 100, męczący kaszel. W płucu prawem objawy zapalenia nieżytowego.

8/7. Upadek sił bardzo znaczny, oddech utrudniony, kaszel, ciepł. 38·4, tętno 120.

9/7. Wśród coraz większego zapadu umarł pacyjent w 18 dni po operacyi.

Przebieg taki, jak w opisanym przypadku bywa dotychczas najczęstszy po gastrostomii przy raku połyku, to jest chwilowe polepszenie trwające kilka lub kilkanaście dni a następnie śmierć z powodu zapalenia płuc opadowego lub postępującego wyniszczenia. Przebieg ten był też powodem, że z wielu stron odzywają się głosy, aby przy raku połyku nie robić gastrostomii, lecz ograniczyć się do odżywiania chorego lewatywami. Do zdania tego przyczynia się i ta okoliczność, że przy dawnym sposobie operowania wylewa się obok założonéj do żołądka rurki treść żołądkowa, która

nadgryza otaczającą skórkę i wywołuje dokuczliwy wyprysk a zatem do istniejących dolegliwości dołącza się nowa, — przedłużenie zaś życia chorego bywa nieznaczne.

Zapewne, że zdanie to ma podstawę o tyle, jeżeli, jak to niestety wydarza się zbyt często, mamy do czynienia z osobnikiem, który już przez kilkanaście dni nie był w stanie przełknąć ani odrobiny płynu i u którego życie zaledwie tli jeszcze. Nie dziw też, że w tak rozpaczliwych przypadkach dłuższe podtrzymanie życia, nawet po otwarciu żołądka bywa niemożebne, że osłabiony ustrój ulega najmniejszym szkodliwościom. Wydaje mi się więc słusznem żądanie, aby operacyję tę wykonać wcześnie, nie czekając aż siły chorego zupełnie podupadną.

Francuscy chirurgowie jak Terrier, Delagenière i inni wykonywają operacyję już w okresie, gdy chory nie może połykać pokarmów stałych. Sądzę jednak, że okres ten jest trochę zawczesny i poszedłbym raczéj za radą Billrotha, aby przystąpić do operacyi w chwili, gdy połykanie pokarmów płynnych zaczyna sprawiać znaczniejsze trudności. Operacyja w tym okresie wykonana przynieść może bardzo zbawienne skutki, jak tego dowodzą przypadki Hackera, Robsona, Hedry i innych, w których chorzy po gastrostomii żyli przez kilkanaście miesięcy w stanie wcale znośnym. Zapewne, że w tym okresie choroby wchodzą w rachubę także inne zabiegi lecznicze, a mianowicie sondowanie połyku, gdyż o proponowanéj esofagotomii wewnętrznéj, jako o zabiegu zbyt niepewnym a niebezpiecznym nie ma co mówić. Metodyczne zaś i pilne wprowadzanie zgłębników przyczynia się w niektórych przypadkach raka dolnéj części połyku, a o takich tylko tu mówimy, do usunięcia zwężenia i do ułatwienia połykania, oczywiście jednak tylko przez przyspieszenie rozpadu nowotworu. W wielu jednak razach sondowanie skutku tego nie osiąga, wprowadzanie zgłębnika staje się coraz trudniejsze i dla chorego coraz boleśniejsze tak, że jesteśmy zmuszeni zaniechać tego sposobu.

Jeżeli jednak chory zgłasza się do lekarza już w bardzo późnym okresie, jak to i w moim przypadku miał miejsce, to mimo to nie odmówiłbym mu zabiegu operacyjnego, raz z powodu, że operacyja usuwa najprzykrzejsze dolegliwości t. j. uczucia głodu i pragnienia, że uwalnia chorego od ciągłych bolesnych i bardzo przykrych prób połykania, że wpływa uspakajająco tak na chorego jak i na otoczenie, powtóre dlatego, że operacyja gastrostomii sama przez się nie pociąga za sobą prawie żadnego niebezpieczeństwa, a nadto znane są przypadki, w których operacyja nawet tak późno wykonana, przedłużyła życie chorego o kilka lub kilkanaście miesięcy, jak n. p. chory operowany przez James Murphyego, który żył po operacyi 14 miesięcy a umarł nagle z powodu nadżarcia aorty przez nowotwór.

(Dokończenie nastąpi).

II. O nowych metodach leczniczych w chorobach skóry z szczegółowem uwzględnieniem mydeł Eichoffa.

Napisał
Dr. Henryk Mendelsburg.

(Dok. Patrz Nr. 3.)

W ten sposób powstały mydła lecznicze o różnym składzie a najważniejsze z nich są:

1) Mydło resorcynowo-salicylowe (*Resorcini p.* 3%, *Acid. salicilici* 3%). Mydła tego użyjemy w przypadkach, w których chcemy zadziałać keratolitycznie i antyseptycznie.

2) Resorcynowo salicylowo siarkowe (*Sulfur. d.* 10%) w przypadkach, w których siarka jest wskazaną (*Acne rosacea, prurigo, scabies*, i t. d.).

3) Resorcynowo-salicylowo-siarkowo-dziegciowe (*Picis liquid.* 5%) w przypadkach, w których dziegieć jest wskazany. (*Eczema, psoriasis*, i t. d.)

4) Mydło chininowe (*Chinini sulf.* 3%). China jest znakomitym antimycoticum i jako taka dziś zewnętrznie używaną bywa (*blennorrhoea urethrae*). Mydło to zaleca Eichoff jako specificum przeciw *pityriasis versicolor*, niszczy bowiem niepowrotnie *microsporon furfur*. Dobrze także działa w świerzbiącéj potówce u dzieci.

5) Mydło hydroksylaminowe (*Hydroxylamini muriatici* 3%) przeciw *lupus, herpes tonsurans i sycosis parasitaria.*

6) Mydło jodoformowe (*Jodoformii* 5%).

7) Mydło kreolinowe (*Creolini* 5%) jako najlepszy i najlżejszy lek przeciw *scabies*.

8) Mydło ergotynowe (*Ergotini* 5%) w przypadkach, w których chcemy sprowadzić zwężenie naczyń powierzchownych, np. w *acne rosacea, naevi, eczema varicosum*, także w *angioneurozach* np. przy odmrożeniach 1-go stopnia uszu, nosa i palców.

9) Mydło jodowe (*Jodi puri* 3%, *Kal. jodat.* 1.5%) w celach resorbcyjnych, także w owrzodzeniach i wypryskach kiłowych.

10) Mydło kreozotowe (*Creosoti* 2%) przeciw *lupus*. Od czasu Sommerbrodta uważamy kreozot za lek przeciwgruźliczy, stosowanie go więc zewnętrznie w wilku, który jak wiadomo nie jest niczem innem jak tylko gruźlicą skóry, jest logicznem tego następstwem. I rzeczywiście, leczenie jak późniéj zobaczymy, nie jest bez skutku.

11) Mydło mentolowe (*Mentholi* 5%). Mentol prócz tego że jest *antimycoticum* ma własność szybkiego ulatniania się, skutkiem czego sprawia przyjemne uczucie chłodu, wskazany więc jest w przypadkach *pruritus universalis* lub *genitalis* i *analis*.

12) Mydło salolowe (*Saloli* 5%). Salol dostawszy się na powierzchnię skóry, rozkłada się na kwas salicylowy i karbolowy, które *in statu nascenti* rozwijają silne działanie pasorzytnicze.

13) Mydło aristolowe (*Aristoli* 2%) jako surogat jodoformu.

14) Mydło siarczano-perubalsamowe (*Balsm. peruv.* 3%, *Sulfur. d.* 3%).

15) Mydło salicylowo-ichtyolowe (*Amm. sulf ichtyolici* 6%) jeżeli chcemy działać keratoplastycznie.

16) Mydło tymolowe (*Acid. thymici* 0 20%).

17) Mydło ichtyolowo-dziegciowe *Picis. l.* 3% *ichthyoli* 3%.

18) Mydło sublimatowe (*Hydrarg. corrosv.* 0·50—1·0%) jako silne *antimycoticum*.

19) Mydło benzolowe (*Rezina benzoës* 5%) więcéj jako mydło kosmetyczne w przypadkach szorstkości i pękania przyskórka szczególniéj na rękach i przeciw łupieżowi głowy, równie jak mydło resorcynowo salicylowe.

20) Mydło tiolowe 5 i 10% ze wskazaniami ichtyolu.

Sposób użycia tych mydeł jest czworaki i zależy od tego, czy chcemy słabiéj czy silniéj zadziałać. Albo więc mydłem chorą skórę po prostu zmywamy, a wtedy działamy najsłabiéj, albo po namydleniu pozwalamy pianie wsiąknąć i zmywamy ją po kilku lub kilkunastu godzinach, albo też chcąc zadziałać bardzo silnie, produkujemy bardzo wiele piany, ażeby po wsiąknięciu jéj części pewna ilość jeszcze na powierzchni pozostała; téj albo dajemy przyschnąć albo przykrywamy materją nieprzemakalną n. p papierem gutaperchowym. Ostatni ten sposób działa zupełnie jak plastry gutaperchowe Unny i ma te same wskazania. Po kilku lub kilkunastu godzinach papier zdejmujemy, skórę czystą wodą

zmywamy i znów czynność poprzednią powtarzamy. Procedury te wymagają gorącéj wody, z nią bowiem mydła daleko lepiéj się pienią, co ze względów oszczędnościowych jest bardzo pożądane, mniejsza bowiem ilość mydła na większą ilość piany się zużyje.

Wskazania do użycia mydeł Eichoffa są następujące:

1) Jeżeli choroba, szczególniéj natury pasorzytniczéj, zajmuje miejsca skóry bujnie włosami zajęte, a zatem na czaszce a u mężczyzn na brodzie i piersiach.

2) Jeżeli choroba polega szczególniéj na nadmienionem tworzeniu się produktów fizyjologicznych i przyskórka.

3) Jeżeli mamy do czynienia z chorobami całą skórę zajmującemi (*psoriasis*, *prurigo*. *ichtyosis*, *scabies* i t. d.).

4) Jeżeli po wyleczeniu chcemy przeprowadzić od czasu do czasu leczenie zapobiegawcze, zajęciu chorego nie przeszkadzające.

5) W wszelkich chorobach u ludzi z delikatną skórą a zatem w pierwszéj linii u kobiet i dzieci.

Chcąc naocznie przekonać się o skuteczności leczenia mydłami, zastosowałem je na kilku chorych z oddziału dla chorób skórnych docenta i prymaryjusza Dra Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, a za chętne udzielenie mi odpowiednich przypadków do celów moich, jakoteż za łaskawe poparcie i wskazówki udzielane niechaj mi wolno będzie szanownemu kierownikowi powyższego oddziału publicznie tutaj podziękować.

Wybrałem najpierw przypadki, które najbardziej nadawały się do tejże metody, t. j. choroby miejsc pokrytych włosami [1]). Oto krótkie opisy:

M. G., dziewczyna 20 letnia, bez zajęcia. Nieinteligentna nie umie podać jak długo cierpi na obecną chorobę, wie tylko tyle, że bardzo długo. Leczoną nigdy nie była, przedstawia też obraz największego zaniedbania cielesnego. Cała część głowy porosła włosami, wraz z przyległą skórą czoła i małżowiny lewéj, jest zajętą przez: *Eczema seborrhoicum*. Leczenie: Silne namydlenie całéj głowy mydłem resorcynowo-salicylowem. Już przy namydlaniu mała część strupów odeszła. Piany zostawiono grubą warstwę jak przy goleniu i głowę pokryto czepkiem z żółtéj ceratki. Na czole i uchu pianie uschnąć dano. Polecono posługaczce nie zmywać głowy aż po 24 godzinach t. j. podczas wizyty rannéj, a to w tym celu, aby strupy lepiéj rozmiękły. Na drugi dzień po zdjęciu czepka znaczna część rozmiękłych strupów odeszła sama. pozostałą zaś z łatwością wodą gorącą można było zmyć i włosy całéj głowy zgolić. Po ogoleniu świeże namydlanie i przyłożenie czepka. Już po 3 dniu leczenia widziało się znaczny postęp. Skóra przybierała naturalną barwę białą. Obrzmienie i zaczerwienie sączącéj skóry czoła i ucha, w miarę ustępowania wyprysku znikało, skóra przybierała naturalną grubość i barwę. Po kilku dniach leczenia głowa tej zaniedbanéj dziewczyny rzeczywiście trudna była do poznania. Wyprysk zupełnie ustąpił, pozostało tylko małe obrzmienie i różowe zaczerwienienie skóry chorobą zajętéj. 14 dnia pobytu, skutkiem gorączkowéj choroby, musiała być przeniesioną na oddział I. Po kilkunastodniowym pobycie wróciła na oddział. Zastosowano jéj teraz mydło salicylowo ichtyolowe a pod jego działaniem, pozostałe zaczerwienienie całkiem już po 3 natarciu tak szybko znikło, że zwróciło to nawet uwagę saméj posługaczki.

Seborrhoea jest chorobą polegającą na nadmiernéj produkcyi tłuszczu przyskórkowego i gruczołowego. Przyskórek skutkiem tego wcześnie obrzmiewa w wielkiéj ilości i jeżeli głowy nie utrzymuje się czysto, gromadzi się z łojem zmięszany na powierzchni skóry, przyjmując jako odpowiedni grunt różne grzybki, które wyprysk wywołują. U dziewczyny jako nieumiejącéj się czysto utrzymywać recydywa nie jest wykluczoną. Przypuśćmy jednakowoż, że mamy do czynienia z osobą inteligentniejszą. Przepisawszy jéj po dokonanéj kuracyi mydło do domu z poleceniem częstego przy myciu namydlania głowy, dajemy jéj do ręki środek, który nie mając nawet wejrzenia lekarstwa, może wygodnie bez trudu i ukrywania się stosować.

S. D., lat 16, dziewczyna. Od 6 miesięcy na lewéj stronie głowy *Herpes tonsurans capillitii.* Po namydleniu mydłem zwykłem kazano całą głowę ogolić i dobrze ciepłą wodą zmyć. Następnego dnia wtarto 1% mydło sublimatowe, poczem odpowiednio przykrojonym papierem gutaperchowym przykryto. Czynność tę powtarzano kilka razy. Za każdym razem skóra oczyszczała się. Mniéj lub więcej po 2 tygodniach skóra przybrawszy barwę białą, przedstawiała w miejscu chorem łysinę gładką, tu i owdzie odrastającym włosem pokrytą. W celu kompletnego zniszczenia grzybka nacierano daléj tem samem mydłem, skutkiem czego skóra zaczęła się łuszczyć i w jedném miejscu sączyć. Uważając zadrażnienie sublimatem za zanadto silne, zaprzestano na kilka dni dalszych nacierań, które późniéj z zupełnie dobrym skutkiem dalej prowadzono.

Przypadek ten uczy nas, że mydło sublimatowe działa rzeczywiście jako silne *antimycoticum*. Mydła jednak subimatowego trzeba ostrożnie używać, aby nie wywołać wyprysku sztucznego, dlatego lepiéj jest nie codziennie namydlać a namydliwszy nie pokrywać papierem nieprzemakalnym, lecz po 2 lub 3 godzinach ciepłą wodą pianę zmyć.

St. B., lat 23, służący. Cierpi od 2 tygodni *Sykosis simplx. barbae.* Po namydleniu mydłem zwykłem i odmoczeniu strupów, brodę całkiem zgolono- poczem namydlano mydłem salicylowo-resorcynowo-siarkowem, polecając zostawienie piany przez godzin 6 i następnie zmycie jéj wodą ciepłą. Skóra się oczyściła, miejsca nacieklé skóry o wielkości groszku skutkiem zapalenia gruczołków po większéj części znikły, częściowo po zropieniu ustąpiły a na miejscach tych utworzyły się małe ogniska różowe, przyskórka pozbawione. Zastosowano teraz mydło ichtyolowe, skutkiem czego miejsca te przyskórkiem pokrywać się zaczęły. Chory widząc łatwość i skuteczność leczenia, prosił o przepis mydła, aby nie zaniedbując pracy mógł leczenia dokończyć w domu, i szpital po 8 dniowym pobycie opuścił.

Wiadomą jest rzeczą, jak upartą chorobą jest sykosis i że często bez epilacyi obejść się nie może. W przypadku opisanym leczenie postępowało bardzo szyko a epilacyja była zbyteczną. Leczenia nareszcie mógł dokończyć sam pacyjent a przez częstsze namydlania recydywom zapobiedz.

S. S., student 15 letni· Od kilku lat cierpi na *Prurigo* z następowym wypryskiem obu podudzi. W celu porównania natarto kończyny górne *sol. Vlemingx* a resztę ciała namydlono silnie nacierając mydłem siarkowo-salicylowo-resorcynowem. Po kilku minutach już piana mydlana całkiem wsiąkła, a chłopiec miał tylko ramiona kanarkowo żółte. Podczas mydlenia skarżył się na pieczenie, które przy następnych już nie występowało. Codziennie rano kąpiel. Chłopiec po namydleniu się i wysuszeniu, mógł wdziać bieliznę bez poplamienia jéj. czego tylko o rękawach koszuli powiedzieć nie można było. Znikanie miejsc nacieklych i wyprysku następowało szybkim krokiem, a aczkolwiek zmiany na kończynach dolnych były 2 razy silniéj rozwinięte aniżeli na kończynach górnych, to ustępowanie zmian równocześnie jednakowo postępowało. Po 7 razowym namydleniu chory z znacznem polepszeniem mógł opuścić szpital, przyczem mu mydło do dalszego użycia w domu przepisano.

---

[1]) Mydła sprowadziłem z Kolonii.

W chorobach skóry znaczne przestrzenie lub całe ciało zajmujących dodatnie strony metody mydlanéj w całéj pełni występują. Trudno całe ciało oblepić plastrem lub przez dłuższy czas maściami nacierać. Cierpiący *prurigo*, *psoriasis* i t. d., może wieczorem lub rano mydłem się natrzeć a po wsiąknięciu piany albo położyć się do łóżka, jeżeli jest wieczór, albo ubrać się jeżeli jest rano, bez obawy poplamienia bielizny i oddać się swojemu zajęciu. Szczególnie u chłopca tego, który przez długie leżenie w szpitalu zaniedbywałby szkoły, leczenie mydłem okazało się bardzo praktyczne. Nauczyszy go postępowania, można było dawszy mu mydło do ręki wypuścić ze szpitala. Mydlenie się choćby i częste nie jest połączone z żadną trudnością ani przykrością, leczenie nie nuży i nie zniechęca chorego, żadna woń ani plamy na bieliźnie go nie zdradzają, często więc je przedsiębrać może a tem samem nie dopuszcza się do większych nasileń téj przykréj choroby, przez co egzystencyja jego staje się znośną.

Chcąc się przekonać o wartości mydła resorcynowo-salicylowego w przypadkach wyprysku sączącego i porównać działanie jego z mydłem zielonem i maścią Hebry, zastosowano je u chorego, aczkolwiek a priori skuteczność mydła zielonego jako silnie alkalicznego, nadmiar ługu potasowego posiadającego, uważano za pewniejszą niż działanie mydła sodowego. Ług potasowy jest prócz tego silniejszym środkiem keratolitycznym niż kw. salicylowy. Oto przypadek:

I. S., wyrobnik, lat 27. Chory od lat 3 leczony już kilkakrotnie. Obecnie cierpi: *Eczema madidans chronicum inveteratum extrem. inferiorum in individuo pruriginoso.* — Przypadek ten może nie nadawał się w zupełności do ocenienia wartości próbowanego mydła, albowiem jako stary i kilkakrotnie już leczony a powtóre na podstawie prurigo powstały, przedstawiał rokowanie nieszczególne, z leczeniem długiem połączone. Ponieważ wyprysk podudzia prawego był świeższéj daty niż na kończynie lewéj, która była znacznie zgrubiałą i silny naciek w skórze przedstawiała, postanowiono ją *experimenti causa* nacierać mydłem, podczas gdy kończynę lewą dla porównania maścią Hebry obłożono. W początkach leczenia po namydleniu bandażowano kończynę papierem gutaperkowym, gdy jednak chory uskarżał się na pieczenie a po zdjęciu papieru spostrzeżono zanadto silną z krwawieniem połączoną maceracyję, ograniczono się do prostego namydlania a pianę przyschniętą po kilku godzinach ciepłą wodą zmywano. Po tej procedurze sączenie szybcéj następowało niż na kończynie lewéj. Tutaj po zdjęciu maści Hebry, można było zawsze na powierzchni skóry widzieć świeżo utworzone strupy z skrzepłéj surowicy i ropy, jako dowód braku odpływu, które dopiero w kąpieli wywołać należało. Sączenie, aczkolwiek znacznie mniejsze, nie ustawało, tak iż ostatecznie zaniechano leczenia mydłem.

Mydło resorcynowo-salicylowe usuwa prawdopodobnie sączenie w przypadkach świeżych, w starych jest za słabe i mydłu zielonemu sprostać nie może.

O B., lat 26, pastuch. Ojca nie pamięta. Matka i kilkoro rodzeństwa umarło w młodym wieku na suchoty. Dopiero przed 3 laty dostał wyrzutów na twarzy, które się goić nie chciały. Przed 2 laty dostał takich samych wyrzutów na prawej a później na lewéj nodze i na rękach. W tym czasie zgłosił się do szpitala w Sanoku. Przez 2 tygodnie bez skutku leczony opuścił szpital i udał się do Krakowa, gdzie został na oddział chorób skórnych przyjętym (w marcu 1890). Tutaj leczono go częściowo skrobaniem. Po powrocie do domu choroba rozszerzyła się jeszcze więcéj, W roku obecnym zgłosił się ponownie do szpitala. Ind. budowy dość wątłéj, odżywienie liche. Zaostrzenie szmerów oddechowych w szczytach płuc po obu stronach, zresztą żadnych innych zmian w organach wewnętrznych. Na skórze głowy a mianowicie skroni lewéj, policzka lewego, skroni prawéj i pod oczodołem prawym zmiany, które aczkolwiek ze względu na przebieg dotychczasowy z początku wahano się rozpoznać jako liszaj żrący, po wycięciu jednak kawałka skóry na podstawie badania drobnowidowego, jako taki uznano. Na skórze piersi liczne rozległe blizny promienisto ułożone, jedne wielkości dłoni, inne talara. Na plecach i bokach klatki piersiowéj kilka nacieków liszaja żrącego, również na skórze brzucha i pośladków liczne drobne wielkości centa blizny i ogniska chorobowe. Na obu ramionach blizny gładkie, lśniące, bladoróżowe o kształcie eliptycznym z wyskrobania przeszłorocznego pochodzące. Kończyny dolne z małemi wyjątkami w całości przez blizny i liszaj zajęte. Dłonie rąk i stopy są wolne od zmian.

Ponieważ laseecznik Kocha jest przyczyną liszaja żrącego, leczenie zatem miejscowe kreozotem uzasadnionem jest w zupełności. Unna utworzył w tym celu plastry kreozotowe, Eichoff mydła tego samego składu z dołączeniem kw. salicylowego; przemawia bowiem zupełnie do przekonania, że keratolityczne własności kwasu salicylowego złączone z działaniem kreozotu w mydle, zadziaławszy głęboko powinny cierpienie usunąć. Unna rzeczywiście widział po swoich plastrach znaczne polepszenia. Guziczki liszaja żrącego drogą ropienia zabliźniały się. Aby nową tę metodę leczenia liszaja żrącego poznać, umyślnie wybrano przypadek wpierw opisany. Ażeby zmiany lepiej obserwować, zwrócono uwagę na 2 jeszcze nie leczone ogniska na plecach. Codziennie nacierano miejsca te mydłem kreozotowem (2%) a pianę utworzoną papierem gutaperchowym nakrywano. Rzeczywiście po kilku dniach mogliśmy spostrzedz, iż guziczki wilkowe napełniały się ropą, następnie pękały a na ich miejscu tworzyła się mała blizna. Przekonawszy się o tem, polecono nacierać mydłem wszystkie miejsca chorobowo zajęte. Chory pozostaje jeszcze w leczeniu. Leczenie oczywiście postępuje bardzo powoli, a trudno zgodzić się z Unną, który twierdzi, że jest to najlepsza metoda lecznicza (*Dieses ist nach meiner Ueberzeugung die beste von allen bisherigen Lupusbehandlungen. Ueber d. neuen Fortschrifte in d. Behandlung der Hautkrankheiten von Dr. Unna.* 1887). Na tym samym właśnie przypadku można było porównać ten sposób z leczeniem za pomocą ostrej łyżeczki. Blizny po wyskrobaniu utrzymały się gładkie, a odnowienia cierpienia, wyjątkowo w tym przypadku, i po roku nie można było nigdzie zobaczyć. Chirurgiczne leczenie jest bez zaprzeczenia najszybsze i najskuteczniejsze. W przypadkach tak szeroko rozpostartego liszaja żrącego, jak opisany, leczenie mydłem może być korzystne; wygodnem jest ono z pewnością, nie sprawia bowiem bólu i od zajęcia nie odrywa.

Zapoznawszy się ze składem i sposobem użycia mydeł Eichoffa, przeprowadziwszy aczkolwiek nie liczny ale do wyrobienia sobie pewnego zdania wystarczający szereg doświadczeń leczniczych, zupełnie bezstronnie musimy przyznać, że metoda leczenia mydłami przetłuszczonemi posiada z dotychczasowych znanych metod najwięcéj stron dodatnich.

W pewnych grupach chorób jest ona stanowczo skuteczniejszą, opiera się bowiem na podstawach racyjonalnych. Prócz tego wygodny i czysty sposób leczenia zasługuje na osobną uwagę. Wszelkie tłuszcze, szmatki, opaski odpadają przy tej metodzie, kawałek mydła wszędzie ze sobą mieć można, a zatem czyto w domu, czy w podróży, wszędzie leczyć się można. Mydła są całkiem bezwonne, piana bez względu na leki bielizny i pościeli nie plami, obejść się nareszcie można bez wszelkiego pomocnika. Jakże ta czystość

jest przyjemną dla chorego i lekarza! Weźmy za przykład łuszczycę, ileż to ludzi na nią cierpi! Jak nieprzyjemne a dla wielu wstrętne jest smarowanie się maściami lub gelatynami. Zaprawdę nie wiedzieć, co mniéj dokuczliwe czy łuszczyca nieleczona czy maściami zbrunatniała i maltretowana skóra. A cóż dopiero mówić o bieliźnie. Zna ją każdy lekarz szpitalny aż nadto dostatecznie. Cierpiący na *psoriasis* wśród okresu leczenia musi się odosobnić i przerwać zwykłe zajęcie. Przy użyciu mydła wszystkie te niedogodności odpadają! Taniość téj metody także zasługuje na wzmiankę. Jedno mydło Eichoffa kosztuje przeciętnie kilkadziesiąt centów (najtańsze jest kreolinowe = 40 kr. najdroższe jodoformowe = 70 kr) a posiadając wielkość zwykłego mydła toaletowego służyć może do kilkunastu namydleń całego ciała, Każdą maść aptecznie zapisaną, mniej lub więcéj za tę samą cenę dostaniemy, lecz jakżeż często ją powtarzać musimy! Szczególniéj w szpitalach i klinikach, gdzie pozostały kawałek mydła nie ginie ale w następnym przypadku użytym być może, taniość ta dobitniéj się uwydatnia.

Omówiliśmy więc metodę, która zaletami swemi coraz większy teren sobie wywalczać powinna, nabycie zaś własnego doświadczenia, jakoteż zwrócenie uwagi szerszych kół lekarskich było celem podjętéj pracy.

III. Przypadek urwania się cewnika elastycznego w cewce śród kateteryzowania celem przestrzykiwania pęcherza.

Podał

Dr. G. Sysak w Kołomyi.

Ogłoszenie prof. Obalińskiego „praktycznéj przestrogi dla używających cewników gumowych t. zw. Nélatonowskich“ (Przegl. Lek. Nr. 50 z r. z.) skłoniło i mnie do podania do wiadomości czytelników „Przeglądu“, iż w z. r. zdarzył mi się u jednego pacyjenta aż dwa razy ten niemiły przypadek i to raz przerwał się kateter elastyczny, drugi raz urwał się kawałec ek cewnika Nélatonowskiego. Zdarzyło mi się to śród używania cewnika do przepłukiwania pęcherza z powodu przewłocznego nieżytu i częściowego porażenia tegoż.

Chory lat przeszło 40 liczyć mogący, lokaj, przed kilkunastu laty przebył rzeżączkę cewki, a od kilku lat leczył się u różnych lekarzy z powodu cierpienia pęcherzowego i utrudnionego oddawania moczu Leczenie dotychczasowe nie tylko nie polepszyło stanu chorego, ale owszem sprowadziło pogorszenie tak, że chory obecnie bardzo często mocz oddawać musi i oddaje takowy za każdym razem w bardzo małéj ilości, doznając przytem mocnego pieczenia w cewce. Badanie wykazało mocz mętny oddziaływania alkalicznego, zawierający obok strzępków śluzu w osadzie liczne kryształki fosforanu magnowo amonowego i dość liczne ciałka ropy — pęcherz po oddaniu moczu nie wypróżnia się należycie i wybadać go można ponad spojeniem łonowem. W obec tego radziłem choremu pozostać przez jakiś czas w Kołomyi i poddać się leczeniu, polegającemu na przepłukiwaniu pęcherza 3% roztworem kwasu borowego i faradyzowaniu ścian tegoż. Gdy chory na to się zgodził, zacząłem przepłukiwanie pęcherza przez cewnik elastyczny Nr. 6, którego już przedtem kilka razy używałem. Przy wprowadzaniu napotykałem w części cewki tuż pod zagięciem na zgrubienie błony śluzowéj, przez które cewnik jak przez próg przeskakiwał i następnie już bez przeszkody do pęcherza się dostawał; kilka dni robiłem te przestrzykiwania, używając tego samego cewnika bez żadnego przypadku, a po wyjęciu cewnika faradyzowałem pęcherz, kładąc jeden biegun na międzykrocze, a drugi przesuwając ponad spojeniem łonowem. Pacyjent miał się lepiéj, moczu oddawał więcéj i takowy był czyściejszy. Po kilku dniach po przepłukaniu jak zwykle pęcherza usiłując wyciągnąć cewnik doznałem uczucia, jakoby tenże przez skurcz cewki był silniéj niż zwykle przytrzymany, pociągnąłem zatem silniéj i ku wielkiemu przerażeniu memu wyjąłem cewnik urwany; śledząc palcem po cewce wyczułem urwany koniec w cewce w miejscu wzmiankowanego powyżéj zgrubienia. Nie mając sam odpowiednich przyrządów, posłałem do kol. Hofmokla, podówczas w Kołomyi praktykującego, z prośbą o przybycie i przyniesienie przyrządów do wydobywania ciał z cewki. Odpowiedniego przyrządu nie znalazłem, wyszukaliśmy jednak dość cienkie zakrzywione szczypczyki do wydobywania ciał obcych z krtani, a odmierzywszy, że ich koniec prawie do urwanego końca cewnika dostanie, zabrałem się do uchwycenia tegoż. Po kilkorazowéj próbie udało mi się to i wyciągnąłem kawałek cewnika na 9—10 ctm. długi. Następnie z powodu, że z cewki krew się wydobywała, założyliśmy nowy cieńszy cewnik elastyczny i pozostawiliśmy go przez 48 godzin. Zauważyć tu muszę, iż mój cewnik okazywał wprawdzie pęknięcie na powierzchni, wydawał mi się jednak dość silny, widocznie przez kilkakrotne użycie pękła grubsza warstwa, na co uwagi nie zwróciłem, skurcz zaś cewki i silniejsze przytrzymanie cewnika ułatwiła oderwanie się tegoż

Do dalszego leczenia używałem cewnika Nélatona i znów po kilku dniach wyjmując takowy zauważyłem brak kawałeczka. tym razem oderwał się sam koniec. poniżéj otworu cewnikowego i pozostał w pęcherzu, o wydobycie tego kawałeczka sam się już nie pokusiłem, radząc choremu, aby się udał do Lwowa — chory jednak który zresztą miał się znacznie lepiéj, gdyż po trzytygodniowem przepłukiwaniu i faradyzowaniu nietylko mocz był czyściejszy, ale odchodził silniejszym prądem i w większéj naraz ilości, pojechał do domu w nadziei, że może ten kawałeczek sam odejdzie, dopiero po upływie kilku tygodni, gdy znów stan jego się pogorszył, na powtórne polecenie pojechał do Lwowa, gdzie mu Dr. Barącz za pomocą litotriptora ów kawałeczek cewnika wydobył.

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Kössel (Berlin): **O śluzie i tkankach go tworzących.**

Produkt tkanek śluzowych odznaczających się szczególną przyczepnością i ciągłością drobin pojedynczych, tak, iż do pojedynczych kropli nie przychodzi, nazywamy dotychczas śluzem. Ciało chemiczne śluz stanowiące nazywaliśmy dotychczas mucyną. Śluz posiadamy i w świecie roślinnym a tworzą go tam przeważnie węglowodany. Śluz zwierzęcy należy do grupy ciał białkowatych i składa się głównie z mucyny i nukleiny, które do proteidów czyli złożonych ciał białkowatych zaliczamy. Różnią się one jednak od siebie składem. Mucyna jest glyko-proteidem, czyli połączeniem białka z węglowodanami, nukleina zaś posiada prócz białka także połączenia fosforowe i należy do fosforproteidów. Mucyną zaś nie nazwiemy każdego śluzu, który kwas octowy strąca, jak to do dziś dnia było przyjęte, ale chcąc odróżnić mucynę od nukleiny, bliżej chemicznie ją badać musimy. Czysta mucyna znajduje się w ślinie, w torebkach stawowych, w pępowinie i u zwierząt niższéj kategoryi, n. p. u ślimaków. Śluz żółci należy do drugiéj grupy. Mucyny jest kilka odmian, wszystkie one jednak mają wspólne własności: w wodzie są nierozpuszczalne, rozpuszczalne zaś w płynach alkalicznych. Alkohol i kwas octowy strącają je a sól kuchenną strąt napowrót rozpuszcza. Nie dają próby w roztworze kwaśnym z żelazinkiem potasu. Ową ciągłość nadaje mucynie kwas arabinowy, który jest częścią składową także gumy arabskiéj. Nukleina jest główną częścią składową jąder komórkowych a przeważnie jąder ciałek krwi i plemników. Ciecze alkaliczne a przeważnie dwuwęglan sodu i amoniak oswobadzają ją, przyczem jąderka pęcznieją. Na tem polega metamorfoza śluzowa n. p. ropy w katarze pęcherza. Plwociny w pneumonii i suchotach także głównie nukleinę za-

wierają, jak to Stadthagen udowodnił. (*D. m. Wschrft.* Nr. 48, 1891.)

Patologija.

Oppenheim: **O działaniu szkodników trujących na układ nerwowy.**

Coraz mniéj „zaziębienia" są podstawą różnych chorób. Dziś uważamy infekcyję i intoksykacyję za jedne z głównych przyczyn chorobotwórczych. Szkodniki w postaci bakteryj i ich trucizn działają w pierwszéj linii na system nerwowy. Ale i inne trucizny chemiczne przedewszystkiem sprowadzają zaburzenia nerwowe, jak n. p. alkohol, ołów i t. d. Do typowych porażeń intoksykacyjnych należy porażenie ołowiowe, alkoholowe, arszenikowe i dyfterytyczne. Równoczesne zadziałanie kilku trucizn przedstawia się jak następuje: Dawka nietrująca jeżeli łączy się z nietrującą dawką drugiéj trucizny, może wywołać zatrucie. Dlatego robotnicy mający do czynienia z trującemi metalami nawet przy skromnem używaniu alkoholu podpadają chronicznemu zatruciu alkolicznemu. Działania pojedynczych trucizn wspomagają się nawzajem tak, że u jednego osobnika porażenia właściwym truciznom odpowiadające, tylko znacznie spotęgowane, spostrzegać możemy n. p. u robotników mających do czynienia z ołowiem porażenia wyprężaczy wespół z przeczulicą i porażeniem alkoholowem. Zupełnie nietypowe formy *neuritis* widział autor u zatrutych jadem kiłowym w połączeniu z zatruciem ołowiowem i alkoholowem. Jeżeli do grupy zatruć metalami lub alkoholem nie przyłącza się jad chorób infekcyjnych, to rokowanie *quoad vitam* może być dobre, przeciwnie jeżeli przyłączy się jad chorób gorączkowo-zaraźliwych, w takim razie nawet słabe ich nasilenie w innych warunkach życiu nie zagrażające, życiu koniec kładzie. Często produkta toksyczne najpierw działają na naczynia, wywołują *arteriitis* lub arteryjosklerosę i dopiero te zmiany wpływają niekorzystnie na system nerwowy. W tych przypadkach znajdziemy zawsze obraz formy neuralgii lub porażeń rozlanych a nie pewną grupę nerwów zajmujących. W formie rozlanéj przedstawiają się prócz tego 1) *Myelitis disseminata* czyli *Myelo-encephalitis* po chorobach zakaźnych, 2) *Sclerosis disseminata*, która bardzo często po zatruciach metalami występuje; cierpią też na nią najczęściéj malarze, odlewacze czcionek, kotlarze, rytownicy, blacharze i t. d. Trucizny te nietylko są przyczyną wprzód wymienionych chorób, ale wywołują one także cierpienia funkcyjonalne, jak n. p. neurastenię, epilepsyję, hysteryję, wczesny marasmus a nawet często *neuritis optica*. Trucizny przygotowują także grunt dla chorób innych. W tym kierunku na szczególną uwagę zasługuje uraz, który bywa powodem częstych porażeń obwodowych a często nawet także lekkie uderzenie w głowę wywołuje wstrząśnienie mózgu. Do drugiéj grupy należą tak nazwane porażenia zawodowe. Wpływ zatruć chronicznych sięga aż do drugiego pokolenia. Eulenburg wykazał, że robotnicy zatruci ołowiem płodzą dzieci cierpiące na neuralgię, neurastenię, epilepsyję i t. d. Ostatniemi czasy udowodniono, że częste manipulowanie z aniliną (robotnicy fabryk chemikaliów) sprowadza także groźne przypady nerwowe, do których w pierwszéj linii zaliczyć należy zanik nerwu wzrokowego. (*Brl. kl. Wschft.* Nr. 49, 1891).

Terapija.

Müller (Berno szwajcarskie): **Kilka słów o wewnętrznem i zewnętrznem użyciu ichtyolu.**

Użycie ichtyolu spotkało się początkowo z skeptycyzmem przeważnie lekarzy starszych. Dzisiaj lek ten tak jest zbadany, iż powszechnie go stosują i może wygórowaną wartość mu przypisują. Jedna z pacyentek M., cierpiąca na pleuropneumonię, skarżyła się na bóle w mięśniach szyi, skutkiem czego nacierał jéj 20% maść ichtyolową. Wśród nacierań wypocina opłucnowa szybko się resorbowała a objawy zapalne w płucach ustępowały. Silne kłucie w piersiach mimo suchych baniek, chloroformu i synapizmów a wewnętrznie podawanego kwasu salicylowego i salolu nie ustępowało ani na chwilę. Antipyryna obniżała zaś zanadto ciepłotę. Zastosowana ta sama maść ichtyolowa usuwała kłucie w przeciągu kilku godzin. U chorego z obrzękiem stawu ramieniowego skutkiem uderzenia, maść ichtyolowa zastosowana sprawiła zupełną bezbolesność. Wartość ichtyolu uśmierzania bólów jest znaczną i nie daje się zaprzeczyć. Wewnętrznie podawał M. ichtyol w przypadku chlorozy. Dawkę stanowiły pigułki po 0·10 *pro dosi*. Z leku w tym przypadku był nadspodziewanie zadowolony. Ani żelazo ani inne przetwory przeciw téj chorobie polecane nie działają tak dobrze. Wraca apetyt, czerstwość twarzy, która przybiera na rumieńcach, co jest dowodem poprawy krwi. Z tym samym skutkiem podawał ichtyol w uciążliwéj furunkulozie. Ichtyol nawet w wielkich dawkach stosowany nie szkodzi, dlatego lekarze mogą go polecać *experimenti causa*, a zakres wskazań do podawania wewnętrznego z pewnością się powiększy. (*C. Blatt f. Schweizer Aerzte* 1891.)

G. Stricker (Kolonija): **O leczeniu zapobiegawczem kolki w kamicy** (*cholelithiasis*).

Do leków, które kolkę wstrzymują lub do wydalenia kamieni bez boleści się przyczyniają, należy bezsprzecznie w pierwszym rzędzie beladona. W działaniu swem w téj chorobie stoi ona od makowca o całe niebo wyżéj. Jeżeli podamy beladonę, to w stolcu zawsze jako dowód skuteczności znajdziemy kamyki, po zadaniu zaś makowca spostrzeżenia tego nie zrobiono. Prócz tego makowiec jest tylko lekiem symptomatycznym, usuwa ból chwilowo, który po ustaniu działania natychmiast wraca tak, iż znowu powtórną dawkę zadać musimy. Beladona raz zadana skutkuje na czas dłuższy. Napady bólów nie powtarzają się, albowiem lek ten poraża okrężne mięśnie *ductus choledochus*, sprawiając równocześnie skurcz podłużnych włókien woreczka żółciowego. Wskazania zatem do podawania beladony są następujące: 1) Zbliżanie się lub obecność kolki o uwięźgnięciu kamyka świadczącéj. 2) Brak objawów o zmianach anatomicznych w przewodzie i woreczku żółciowym świadczących (w tym razie lepsza morfina). 3) Brak objawów zapadu. Beladonę najlepiéj podawać jako napar 1 : 150, co godzina łyżkę albo w postaci wyciągu wodnego 0·15 : 20.0, co godzina 20 kropli. Podawana równocześnie mikstura Duranda (eter z terpentyną) jakoteż kuracyja Karlsbadzka leczenie znakomicie wspierają. (*D. med. Z.* Nr. 31, 1891).

Chirurgija.

Kutner[1]) (Berlin): **O zdjęciach fotograficznych wnętrza pęcherza moczowego i żołądka.**

O zdejmowaniu obrazów fotograficznych może być dopiero mowa od czasów łączenia wzierników z źródłem sztucznego światła w saméj jamie umieszczonego. Dwa posiadamy tego rodzaju wzierniki, cystoskop Nitzego i gastroskop. Nitze w r. 1889 pierwszy robił próby zdejmowania obrazów fotograficznych pęcherza. Promienie bezpośrednio z wziernika wychodzące są za słabe, aby mogły na płycie wywołać obraz. W porozumieniu z fotografem Grundnerem wprowadzać musiał do saméj rurki wziernikowej stemple małemi aparacikami fograficznemi opatrzone. Obraz fotograficzny w ten sposób otrzymany był za mały, za pomocą więc zwykłego aparatu go zwiększano. W ten sposób starał się prof. Antal odfotografować ciała obce w pęcherzu, n. p. szpilkę. Obrazy te są jednak tak niewyraźne, iż n. p. szpilki całkiem rozpoznać nie można. Wnętrza żołądka nikt dotychczas nie silił się fotograficznie utrwalić.

Kutner skonstruował aparat, który wprowadzony do cystoskopu Nitzego zdejmuje obrazy wnętrza pęcherza w pokoju jasnym. Obrazki te późniéj zostają powiększone. Autor przyłączając w tekscie rysunki tego aparatu, szczegółowo go opisuje jako też sposób traktowania płyt. Załączone są także 2 reprodukcye fotograficzne *orificium intern. urethrae* z dwóch chorych na chroniczną rzerzączkę cierpiących. Mają to być najbardziej udane obrazy z dotychczasowych zdjęć wnętrza pęcherza, coby bardzo smutno o ich poprzednikach świadczyło, albowiem dołączone obrazki bujnéj wymagają

[1]) Asystent Nitzego.

fantazyi a sam autor w dalszym ciągu przyznaje, że unaczynienie błony śluzowéj, które tak ładnie w cystoskopie Nitzego występuje, zupełnie na fotografii się nie utrwaliło. Przyczyną tego jest niedostateczna czułość użytych płytek. Autor jest na drodze robienia obrazów minutowych (*Momentaufnahmen*). Te wymagają światła magnowego. Za pomocą bliżéj jeszcze nie podanego przyrządu prąd elektryczny rozpala drut magnowy. Kutner sporządził także aparaty fotograficzne żołądkowe a podobne są one do zwykłych zgłębników. Ponieważ błona śluzowa żołądka znajduje się w ciągłym ruchu, więc można zdejmować tylko obrazy à la minute przy świetle magnowem. Dotychczas posiada zdjęcia tylko na fantomie robione, wkrótce zacznie fotografować żołądki ludzi żywych i obiecuje sobie bardzo dobre wyniki, płyty bowiem fotograficzne mogą być znacznie większe niż w cystoskopie a zatem i czulsze. Mamy więc nadzieję, że wkrótce będziemy mogli w albumie pośród naszych krewnych i przyjaciół umieścić fotografię najkosztowniejszego przyjaciela, — własnego żołądka! (*Deut. med. Wschrft.* Nr. 48, 1891.) *Dr. Mendelsburg.*

Choroby skórne i weneryczne.

Darier i Feulard: **O kile dziedzicznéj.**

Ze stanowiska klinicznego jest godnem uwagi, jeżeli kobieta przed sześciu laty zarażona, po przebytem w ostatnich miesiącach ciąży swoistem leczeniu powije pozornie zupełnie zdrowe dziecko, u którego następnie występują nader licznie rozsiane zmiany kilakowe, i pomimo trzechtygodniowego przeciwkiłowego leczenia dziecka czteromiesięcznego, w 11 miesiącu skutkiem téj choroby ginie.

Pod względem anatomicznym zajmuje szczególniéj mnogość zmian chorobowych, oraz ich rzadkość. Znajdujemy równocześnie kilaki w szczycie czaszki bez zmian w oponach, kilaki w kościach długich bez oddzielenia przyrostków, atoli z zajęciem kilku stawów, kilaki w wątrobie w postaci węzełkowatego zapalenia, bez rozpierzchłego udziału tkanki śródmiąższowéj. Obydwa mąda okazują stwardnienie tkanki śródmiąższowéj z następowym zanikiem gruczołów, w prawem mądzie znajduje się kilka zserowaciałych kilaków. Do nader rzadkiego zjawiska wypada zaliczyć zmiany kilakowe, rozsiane w dolnym odcinku jelita cienkiego i kątnicy, w postaci większych i mniejszych kępek, przeważnie owrzodzonych. (*Annal. de Dermat. et Syph.* Nr. 1. 1892.)

Jackson: **Przypadek plamicy gwałtownéj** (*Purpura fulminans*).

Henoch był pierwszym, który uznał plamicę gwałtowną za odrębną postać chorobową i wymienia jéj objawy w następujący sposób: nagłe pojawienie się choroby, bóle w jednym lub kilku członkach, opuchlina odnóg dolnych, wybroczyny w błonach śluzowych i śmierć w 1—4 dniach. W przypadku Jacksona nie było bólu w członkach, natomiast pojawiły się krwotoki z błony śluzowéj nosa, jelit, pęcherza moczowego i wymioty krwawe. Chory, 5 letni chłopczyk, po przebyciu przed miesiącem odry, czuł się zupełnie zdrowym, dopiero na dwa dni przed wybuchem plamicy był słabszym. Przy badaniu znalazł Jackson plamy plamicy na łydkach i na grzbiecie, oraz jeden pęcherz na dolnéj wardze wypełniony krwią. Chory miał przy tem średnią gorączkę, wybroczyny na skórze łączyły się razem i liczebnie wzrastały. Stan chorobowy pogarszał się, ciepłota obniżała i w cztery dni od rozpoczęcia choroby nastąpiła śmierć. Jackson przypisuje przyczynę téj choroby urazowi nerwów naczynio-ruchowych wywołanemu przez ustroje drobnowidowe, opierając się na badaniach Guimarda, który w plamicy z dobrym i złym przebiegiem wykazał ustroje drobnowidowe w krwi w tkankach podśluzowych i podskórnych, z których po przeprowadzonéj hodowli mógł u królików plamicę wytwarzać. (*Wien. klin. Wschr.* Nr. 35, 1891.)

Julliens: **O rezultacie wycinania wrzodów pierwotnych.**

Z 18 chorych, którym Julliens wycinał wrzody pierwotne, korzystał tylko z 15 przypadków, oceniając wartość tego rękoczynu. Z tej liczby dwóch chorych ożeniło się później i płodziło dzieci zdrowe; w jednym powstała w bliźnie stwardniałość. W czwartym przypadku wycinano wrzód w 20 dni po zarażeniu i w 59 dniu pojawiło się kilka plamek czerwonych, a 17 miesięcy późniéj powstał u tego chorego świeży wrzód z objawami wtórorzędnemi. W następnych 11 przypadkach wynik był taki: u pięciu chorych nie wystąpiły żadne zmiany, a u sześciu zmniejszenie wszelkich objawów. Z powyższych doświadczeń autor czyni wniosek, że jeżeli wrzód pierwotny zaledwie od kilku dni istnieje (bez obrzmienia gruczołów), to jego wycięcie uważa za wskazane. (Neumann, Fournier, Meyer i wielu innych mają zupełną słuszność twierdząc, że właśnie obrzmienie gruczołów, jest dla wrzodu pierwotnego przypadem znamionującym, gdyż wycięcie wrzodu, kiedy gruczoły nie są wcale zajęte, jeszcze nie dowodzi, że ten byłby wywołał zmiany wtórorzędne. *Przyp. spraw.*) (*Ther. Monatsch.*, 1891. *September.*) *Dr. Skobel.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 16 grudnia 1891.

Przewodniczący: kol. Gluziński. — Obecnych członków 53.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmiany przyjęto.

2) Kol. Śliwiński w imieniu Komisyi przemysłowéj przedstawia narzędzia chirurgiczne wyrobu Ludwika Knapińskiego z Krakowa i wnosi, aby Tow. lek. poleciło jego wyroby. Po krótkiéj dyskusyi wniosek został przyjęty.

3) Członkami honorowymi Towarzystwa lek. zamianowano: Dra Ksawerego Gałęzowskiego z Paryża, prof. Zygmunta Laskowskiego z Genewy, proff. Ignacego Baranowskiego i Władysława Brodowskiego z Warszawy i radcę zdrowia Dra Bolesława Wicherkiewicza z Poznania.

4) Kol. Obaliński przedstawia: 1) nerkę wyciętą z powodu gruźlicy. Nerka jest bardzo zmieniona, a mianowicie brak prawie zupełny istoty nerkowéj; użyto cięcia Bergmanowskiego, chora ma się zupełnie dobrze. 2) Kamienie żółciowe, których 7 było wyjętych drogą operacyjną. Chora przed rokiem okazywyła w okolicy prawego łuku żebrowego obrzęk bolesny i ruchomy; rozpoznanie już ze względu na chrzęst dający się wyczuwać było łatwem. Chora nie zdecydowała się na operacyę; w rok potem zgłosiła się do szpitala w stanie gorączkowym, przyczem wykazało się, iż obrzęk jest znacznie większy, bardzo bolesny, jeszcze ruchomy. Podczas operacyi znaleziono w worku dużą ilość ropy; brzegi worka przyszyto do brzegów rany tak, że brzegi wolne są dość szerokie, późniéj zaś zostaną zeszyte.

5) Kol. Przewodniczący wnosi imieniem Komitetu, aby do komisyi zajmującéj się położeniem tablicy pamiątkowéj dla ś. p. Izydora Kopernickiego wybrać kol. Kwaśnickiego.

6) Koll. Klemens Rutowski i Aleksander Majewski przyjęci zostali jednogłośnie na zwyczajnych członków Towarzystwa.

7) Na wniosek komisyi przedwyborczéj wybrano Przewodniczącym na rok 1892 kol. Stanisława Ponikłę. Kol. Ponikło w dłuższem przemówieniu podziękował kolegom za wybór, prosząc ich o poparcie i pomoc w pracy około rozwoju Tow. tak w kierunku naukowo społecznym jak i administracyjnym. Zastępcą przewodniczącego wybrano kol. Szewczyka, sekretarzem dorocznym wybrany kol. Opieński. Delegatami do Rady zawiad. Tow. lek. galicyjskich wybrani koll. Rygier i Krówczyński. Delegatem do komisyi sanitarnéj krak. kol. Łazarski. Redaktorem „Przeglądu Lek.“ został wybrany redaktor dotychczasowy. Do komisyi redakcyjnéj wybrano koll. Cybulskiego, Marsa, Obalińskiego i Surzyckiego. Sekretarzem stałym wybrano kol. Kwaśnickiego, podskarbim kol. Zarewicza.

Sekretarz: *Dr. Rosenzweig.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Rozporządzenie wykonawcze

do ustawy z dnia 2 lutego 1891 (Dz. u. i rozp. kr. Nr. 17), wydane przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym w myśl §. 21 téj ustawy.

Do §. 2. Reprezentacyje gmin mających własny statut powinny zaraz po ogłoszeniu niniejszego rozporządzenia przystąpić do ukonstytuowania stałych komisyj zdrowotnych w myśl ustępu pierwszego §. 16. ustawy z 2 lutego 1891 (Dz. u. i rozp. kr. Nr. 17).

Reprezentacyje gmin miejskich, w których obowiązuje ustawa z 13 marca 1889 (Dz. u. i rozp. kr. Nr. 23), tudzież tych gmin, które chcą utrzymywać własnych lekarzy, niemniéj reprezentacyje powiatowe, wezwane przez Wydział krajowy do tworzenia okręgów sanitarnych, (§. 5) mają w myśl ustępu drugiego §. 16 ustawy z 2 lutego 1891, powziąć uchwałę, czy u nich mają być ustanowione komisyje zdrowotne, czy to dla ich gminy, czy dla okręgu sanitarnego, czy dla całego powiatu.

W gminach, okręgach sanitarnych i powiatach, w których komisyje zdrowotne są ukonstytuowane, zasięgną u tych komisyj zdania właściwe władze autonomiczne co do organizacyi służby zdrowia, mianowicie co do liczby lekarzy, akuszerek i lokalów dla chorych, a to w myśl postanowień §§. 2, 16 i 18 ustawy z 2 lutego 1891.

Uchwały reprezentacyi gmin lub powiatów o organizacyi służby zdrowia, powzięte czy to na podstawie opinii komisyj zdrowotnych tam, gdzie one zostały ukonstytuowane, czy samodzielnie tam, gdzie tych komisyj nie ma, mają być w ciągu trzech miesięcy od dnia ogłoszenia niniejszego rozporządzenia przedłożone c. k. Namiestnictwu do zatwierdzenia po zasięgnięciu zdania c. k. krajowéj Rady zdrowia i w porozumieniu z Wydziałem krajowym.

Do §. 5. Przy oznaczaniu siedziby lekarza okręgowego należy mieć na uwadze możność należytego spełniania obowiązków i warunki stałego utrzymania się lekarza. Na siedzibę lekarza okręgowego należy wybrać taką miejscowość, z którejby ze względu na środki komunikacyjne najłatwiéj mógł spełniać obowiązki służby sanitarnéj.

Do §. 6. Gdyby dla jednéj lub kilku gmin w myśl §. 5 ustawy w jeden okręg sanitarny połączonych okazało się korzystnem aby lekarz gminny (§. 2) sąsiedniéj gminy, która go sama utrzymuje, pełnił służbę sanitarną także w owej gminie względnie w okręgu sanitarnym, powinny te gminy porozumieć się z ową gminą sąsiednią i po osiągnięciu porozumienia postarać się za pośrednictwem Wydziału powiatowego o orzeczenie Wydziału krajowego po myśli ostatniego ustępu §. 6.

Do §. 7. Dostateczną fizyczną zdatność starającego się o posadę lekarza gminnego lub okręgowego należy udowodnić świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Do §. 8. W ogłoszeniu konkursu na posadę lekarza gminnego należy wymienić jego płacę i żądane warunki; na posadę zaś lekarza okręgowego oprócz tego siedzibę lekarza, ilość gmin tworzących okręg sanitarny, zaludnienie okręgu, wysokość ryczałtu na podróże służbowe, ewentualnie obowiązek utrzymywania apteki domowéj, jeżeli tego będzie zachodzić potrzeba.

Do §. 9. Lekarz gminny i okręgowy ma być według następującéj roty zaprzysiężony:

„Przysięgam Bogu Wszechmogącemu, że jako ustanowiony lekarz gminny (okręgowy) wszelkie obowiązki, przywiązane do mego urzędu, gorliwie i sumiennie wypełniać będę i że w przydzielonym mi zakresie działania dążyć będę do poprawienia publicznych spraw zdrowia. Tak mi Boże dopomóż. Amen“.

Odebranie przysięgi z podaniem daty winien potwierdzić na dekrecie nominacyjnym c. k. Starosta, względnie w miastach, mających własny statut, prezydent miasta.

Do §. 11. Lekarze gminni i okręgowi pobierają płacę w ratach miesięcznych z góry. Wysokość ryczałtu, który ma być wypłacany w ratach kwartalnych z góry, będzie oznaczoną dla każdego okręgu z osobna, w stosunku do obszaru tegoż, ilości i położenia gmin i obszarów dworskich, stosunków komunikacyjnych i innych ważniejszych stosunków miejscowych.

Do §. 14. Instrukcyja dla lekarzy gminnych i okręgowych z wyjątkiem lekarzy miejskich we Lwowie i Krakowie zawartą jest w *załączniku A*.

Lekarz gminny (okręgowy) jest obowiązany w granicach swego okręgu służbowego, na wezwanie władzy i za ustanowionem wynagrodzeniem wypełniać sanitarne czynności urzędowe.

Do §. 15. Grzywny nałożone orzeczeniem dyscyplinarnem na lekarza gminnego wpływają do miejscowego funduszu ubogich, grzywny zaś nałożone na lekarza okręgowego wpływają do funduszu powiatowego.

We wszystkich tych przypadkach, gdy chodzi o działalność lekarza gminnego lub okręgowego pod względem sanitarno-policyjnym lub fachowym w ogóle, mogą naczelnicy gmin i Wydziały powiatowe przed wydaniem orzeczenia dyscyplinarnego odnieść się do politycznéj Władzy powiatowéj dla zasięgnięcia zdania c. k. lekarza powiatowego.

Również przy rozstrzyganiu spraw dyscyplinarnych w drugiéj instancyi może Wydział krajowy odnieść się do c. k. Namiestnictwa dla zasięgnięcia zdania c. k. krajowéj Rady zdrowia.

Do §. 16. Statut określający skład i czynności stałych komisyj zdrowotnych z wyjątkiem miast Lwowa i Krakowa zawarty jest w *załączniku B*.

Do §. 17. Zaraz po ogłoszeniu niniejszego rozporządzenia zbada Wydział powiatowy w porozumieniu z polityczną władzą powiatową, w których gminach zapewnioną jest dostateczna pomoc położnicza w ogóle, a w szczególności bezpłatna pomoc akuszerki dla ubogich rodzących. Gminy, w których téj pomocy nie ma, będą przez powyżéj pomienione władze bezzwłocznie wezwane, ażeby ustanowiły posady akuszerek, bądź to osobno dla poszczególnych gmin, bądź zbiorowo dla pewnéj grupy sąsiadujących gmin i obszarów dworskich.

Pożądanem jest, ażeby na 10.000 ludności ustanowioną była przynajmniej jedna akuszerka.

Gdyby wezwane gminy i obszary dworskie w ciągu pół roku nie ustanowiły akuszerek gminnych, oznaczy Wydział powiatowy w porozumieniu z polityczną władzą powiatową siedzibę akuszerki, jéj okręg służbowy, wysokość i sposób pokrywania jéj płacy z funduszów gmin i obszarów dworskich, i rozpisze konkurs z terminem najdłużéj dwumiesięcznym.

Z pośród ubiegających się o posadę zamianuje Wydział powiatowy w takim razie w zastępstwie gmin i obszarów dworskich akuszerkę, po zasięgnięciu zdania politycznéj władzy powiatowéj co do kwalifikacyi kandydatek.

Wynagrodzenie akuszerki ma być wypłacane bądź jako stała roczna płaca, bądź za każdą rzeczywiście udzieloną pomoc ubogiéj rodzącéj. Najniższy wymiar wynagrodzenia będzie osobnem rozporządzeniem ogłoszony.

Gdy jest więcéj akuszerek gminnych w jednéj gminie, należy każdéj co do niesienia pomocy dla ubogich rodzących przydzielić pewną część gminy.

O przeprowadzonéj organizacyi służby położniczéj w gminie lub okręgu zawiadomią władze powiatowe swe przełożone władze krajowe.

Gdyby dla okolicy, w któréj potrzeba akuszerki uznaną została za nieodzowną, termin konkursu upłynął bez skutku, ma się Wydział powiatowy postarać o wysłanie do szkoły położnych na koszt gminy, okręgu lub powiatu kandydatek, któreby się zobowiązały przyjąć po uzyskaniu dyplomu posadę akuszerki tam, zkąd na naukę wysłane zostały.

Do §. 18. Lokale dla chorych, jakie miasta utrzymujące własnych lekarzy w myśl §. 18 ustawy są obowiązane utrzymywać, mają w szczególności na celu udzielenie opieki lekarskiéj

w nagłych przypadkach choroby, i w przypadkowych uszkodzeniach jakoteż odosobnienie takich chorych dotkniętych chorobą zakaźną, którzy według uznania lekarza gminnego w swych mieszkaniach nie mogą być należycie odosobnieni.

Lokale takie mają co do swych rozmiarów odpowiadać stosunkom miejscowym i mają być tak urządzone, aby w nich odosobnienie było możebnem i aby każdéj chwili można tam chorych umieścić.

Jeżeli w miastach takich jest szpital gminny, należy najdaléj do trzech miesięcy poczynić w nim uzupełnienia w myśl powyższych postanowień. Jeżeli zaś szpitala nie ma, obowiązaną jest gmina najdalej do roku od dnia ogłoszenia niniejszego rozporządzenia, postarać się o odpowiedni lokal i oddać go do użytku.

Załącznik A.

Instrukcyja

służbowa dla lekarzy gminnych i okręgowych, z wyjątkiem miast Lwowa i Krakowa, wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym na zasadzie § 14 ustawy krajowéj z 2 lutego 1891 (Dz. u. kr. Nr. 17).

Obowiązki lekarza tak gminnego jak okręgowego

A) w ogóle.

Lekarz tak gminny jak okręgowy jest powołany do współdziałania przy wykonywaniu sanitarno-policyjnych obowiązków, przydzielonych gminom tak w samoistnym jak przekazanym zakresie działania.

Aby temu powołaniu zadosyć uczynić, ma się lekarz gminny jak najdokładniéj zapoznać ze stosunkami zdrowotnemi swéj gminy, a lekarz okręgowy swego okręgu.

Gdyby który z nich spostrzegł usterki sanitarne, zagrażające czyto pojedynczym osobom, czy większéj ilości ludności, obowiązany jest wszystko uczynić, aby te usterki usunięte zostały, mianowicie ma pouczyć kogo należy o szkodliwości stanu rzeczy, ma zdać sprawę swéj władzy przełożonéj o grożącem niebezpieczeństwie i przedłożyć jéj wnioski, jakby złemu zaradzić należało.

W razach nagłych, nie cierpiących zwłoki, obowiązany jest zarządzić na własną odpowiedzialność w zastępstwie naczelnika gminy, to co okaże się niezbędnie potrzebnem.

W takim razie ma jednak bezzwłocznie postarac się o zatwierdzenie swego zarządzenia przez naczelnika gminy.

W ogóle ma swe wiadomości lekarskie jak najskrupulatniéj zużytkować ku wspieraniu radą i czynem czy to naczelnika gminy, czy przewodniczącego komisyi zdrowotnéj.

B) w szczególności.

Obowiązany jest tak lekarz gminny jak okręgowy:

a) zwracać uwagę właściwych władz na przeszkody utrudniające ruch swobodny na drogach, ulicach i placach, które mogłyby się stać powodem chorób, lub uszkodzeń mieszkańców, niemniéj na zanieczyszczenie tych miejsc publicznych;

b) zwiedzać budynki publiczne, jako to: szkoły, hotele, karczmy, gospody, przytuliska, domy ubogich, areszta, fabryki i t. p., w celu przekonania się o ich stosunkach zdrowotnych co do gruntu, przestrzeni, światła i powietrza, oraz o sposobie usuwania z nich nieczystości;

c) dawać opiniję ze stanowiska sanitarnego przy budowie kanałów, studni, wodociągów, przy urządzaniu szkół, zakładów dobroczynnych, kąpielowych i przemysłowych, fabryk, domów dla ubogich i robotników, tudzież lokalów publicznych, niemniéj przy udzielaniu pozwolenia na zamieszkanie nowych budowli;

d) zwracać uwagę właściwych władz na zanieczyszczenie płynących i stojących wód odchodami ze stajen, gnojowisk, fabryk, warsztatów i t. d., a to w celu peryjodycznego oczyszczania tych wód, tak samo jak studzien publicznych, niemniéj dostarczenia dobréj wody do picia i do użytku w dostatecznéj ilości;

e) nadzorować ze względów sanitarno-policyjnych artykuły żywności, jako to: mleko, mąkę, grzyby, owoce, wyroby cukiernicze i inne na targach sprzedawane, niemniéj napoje, jak: piwo, wino, wódkę, rum, arak i t. d.;

f) niedopuszczać sprzedaży naczyń szkodliwych zdrowiu i używania ich do przechowywania i sporządzania żywności, niemniéj używania barwików szkodliwych zdrowiu do zabarwienia pokarmów lub napojów; lecz polecić policyi zabranie szkodliwych zdrowiu artykułów żywności lub naczyń, o czem ma jednak bezwłocznie zawiadomić naczelnika gminy;

g) nadzorować ściśle wykonywanie przepisów tyczących się oględzin mięsa i zwierząt przeznaczonych na rzeź lub kłucie i czuwać nad transportami bydła, nad targowicą bydlęcą i nad rakarnią, tam, gdzie nie ma weterynarza;

h) czuwać nad tem, ażeby w zakładach kąpielowych zachowywane bywały wszelkie ostrożności dla zapobieżenia nieszczęśliwym przypadkom i chorobom w czasie kąpieli, tudzież ażeby władza gminna wyznaczyła stosowne miejsca do kąpieli w rzekach i stawach;

i) udzielać bezpłatnéj pomocy lekarskiéj chorym ubogim, (w myśl dekretu prezydyjalnego kamery nadwornéj z 26 lipca 1840, l. 3743 Zb. u. p. Nr. 153 ex 1840), przebywającym w jego gminie lub okręgu, niemniéj udzielać bezpłatnéj pomocy ubogim rodzącym w trudniejszych porodach;

k) stosować się przy zapisywaniu lekarstw dla ubogich na koszt gminy lub obszaru dworskiego, ściśle do przepisów obowiązującéj normy ordynacyjnéj;

l) nadzorować akuszerki, zamieszkałe w jego gminie lub okręgu (w myśl rozporządzenia ministeryjalnego z 4 czerwca 1881, Dz. u. p. Nr. 54), w szczególności zaś zwracać uwagę na czystość przyrządów i spisywanie wykazów porodowych, niemniéj na wykonywanie praktyki położniczéj przez osoby do tego nieuprawnione;

m) zaopatrzyć się w apteczkę podręczną *(Nothapparat)*, a utrzymywać domową aptekę, jeżeli w oddaleniu siedmiu i pół kilometrów od miejsca jego zamieszkania nie ma apteki publicznéj; (w tym względzie ma się stosować do rozporządzenia ministeryjalnego z 26 grudnia r. 1882 (Dz. u. p. Nr. 182);

n) leczyć bezpłatnie chorych, umieszczonych w lokalach przeznaczonych na to w gminach, które nie mają osobnego lekarza szpitalnego; przyczem ma czuwać nad należytem urządzeniem tego lokalu i nad utrzymywaniem w dobrym stanie przyrządów ratunkowych i transportowych;

o) nieść natychmiast pomoc lekarską na miejscu przypadku osobom, których życie jest zagrożone wskutek nieszczęśliwego zdarzenia;

p) utrzymywać ewidencyje podrzutków, głuchoniemych, ciemnych, obłąkanych, matołków i kalek nie umieszczonych w zakładzie, a zamieszkałych w jego gminie lub okręgu; zawiadamiać właściwą władzę, jeżeli dostrzeże, że opieka tych osób, zostających pod publicznym nadzorem, jest pod względem sanitarnym zaniedbaną;

r) czuwać nad tem, ażeby przy zakładaniu cmentarzy przestrzegane bywały wszelkie przepisy sanitarno-policyjne, ażeby trupiarnia była należycie zbudowaną, a cmentarz w należytym porządku utrzymywany;

s) interwenijować wcześnie i roztropnie w razie wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej; udać się na miejsce zaraz po otrzymaniu wiadomości o pierwszym przypadku choroby zakaźnéj, celem sprawdzenia rodzaju choroby, zawiadomić natychmiast naczelnika gminy i przy jego współudziale zarządzić wszystko, co w myśl obowiązujących przepisów dla stłumienia choroby w zarodku zrobić należy, mianowicie: odosobnić chorych bądź we własnem ich mieszkaniu, bądź w szpitalu, bądź w osobnym lokalu na to przeznaczonym, pouczyć otoczenie chorego o sposobie zachowania się i o środkach ostrożności, zarządzić i przypilnować jak najdokładniejszą desinfekcyję, szczególnie nie ograniczać swej czynności tylko do zadań sanitarno-policyjnych, lecz nieść czynną pomoc lekarską wszystkim chorym, dotkniętym chorobą zarazliwą, chybaby chorzy lub ich rodziny innego lekarza pożądały, zwracać szczególniejszą uwagę na cho-

roby syfilityczne i na jaglicę; składać dokładne sprawozdania o wybuchu i rozszerzaniu się choroby zakaźnéj władzy politycznéj, czy to na ręce Zwierzchności gminnéj, czy w razach nagłych bezpośrednio c. k. Starostwu;

t) wykonywać w miejscu swéj siedziby oględziny zwłok osobiście, w innych gminach swego okręgu dozorować ustanowionych w jego zastępstwie oglądaczy, pouczać tych, którzy nie są lekarzami lub chirurgami, i odbierać od nich doniesienia o każdym przypadku śmierci; osobiście zaś wykonywać oględziny zwłok tam, gdzie nie jest oglądaczem lekarz lub chirurg, w razie, gdyby zachodziło podejrzenie, że śmierć nastąpiła w skutek karygodnego czynu lub zaniedbania pomocy lekarskiéj, lub nareszcie, że się ma do czynienia z chorobą zakaźną;

u) brać udział na wezwanie naczelnika gminy we wszystkich sanitarno policyjnych komisyjach i oględzinach, podjętych we własnym zakresie działania gmin; niemniéj brać udział na wezwanie c. k. władzy politycznéj w komisyjach powołanych w sprawach poruczonego zakresu działania gmin, jako to: do tłumienia epidemii lub epizoocyi, do wykonania obdukcyi, do asystowania przy ekshumacyi lub transporcie zwłok, nareszcie przeprowadzać szczepienia ospy ochronnéj;

v) brać udział w obradach rady szkolnéj miejscowéj na zaproszenie jéj przewodniczącego, a to w sprawach tyczących się hygijeny szkolnéj, i w tym przedmiocie przedkładać swe opinije i wnioski wyższym władzom szkolnym, czy to na żądanie, czy z własnéj inicyjatywy;

w) nadzorować wszystkie prywatne zakłady lecznicze i domy porodowe znajdujące się w jego gminie lub okręgu, tak co do ich urządzenia, jak prowadzenia, zwracać szczególną uwagę na wykonywanie przez osoby nie posiadające kwalifikacyi i uprawnienia praktyki lekarskiéj, choćby ta nie była wykonywaną w sposób zarobkowy, i zawiadomić o dostrzeżonych w tym względzie nadużyciach władzę polityczną lub właściwy sąd;

x) przedkładać z końcem każdego roku statystyczne wykazy sanitarne na udzielonych sobie wzorach dla każdéj gminy z osobna pod własną odpowiedzialnością; tudzież donosić o wszelkich przypadkowych uszkodzeniach cielesnych w fabrykach i t. p.;

y) założyć zbiór normalijów, prowadzić dziennik swych czynności i korespondencyj urzędowych i protokół zmarłych, tudzież czynić zapiski dorocznego sprawozdania statystycznego i oddać wszystkie te pisma swemu następcy w urzędowaniu;

z) zawiadomić naczelnika gminy w razie koniecznéj potrzeby wydalenia się z gminy na czas dłuższy nad 24 godzin.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 stycznia. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krakowskiego w dniu 20 b. m. odbytem: 1) kol. prezes Ponikło zagaił pierwsze tegoroczne posiedzenie naukowe stosowną przemową i przedłożył sprawy bieżące i niektóre administracyjne; 2) przyjęto do grona Towarzystwa 6 nowych członków czynnych; 3) kol. prof. Rydygier przedstawił przypadek chorobowy; 4) kol. Kryński miał odczyt o naczyniakach limfatycznych, illustrując rzecz przedstawieniem chorych i preparatów mikroskopowych. W żywéj dyskusyi zabierali głos koll. Obaliński, Rydygier, Cybulski, Zarewicz, Idziński i Szymkiewicz.

* Podczas rozpraw nad Izbami lekarskiemi w Radzie państwa we Wiedniu poseł Dr. Dvořak przedłożył następujący wykaz liczby lekarzy praktykujących w zachodniéj połowie cesarstwa austryjackiego: we Wiedniu przypada 1 lekarz na 804 mieszkańców, w Austryi dolnéj (bez Wiednia) 1 na 1804, w Linzu 1 na 1212, w Austryi górnéj 1 na 2437, w Salzburgu (w mieście) 1 na 989, w Salzburgu (prowincyja) 1 na 2292, w Grazu 1 na 464, w Styryi 1 na 4048, w Celowcu 1 na 860, w Karyntyi 1 na 4062, w Lublanie 1 na 1129, w Krainie 1 na 9008, w Tryjeście 1 na 1529, w Istryi i Gorycyi 1 na 5316, w Inbruku 1 na 424, w Tyrolu 1 na 2187, w Pradze 1 na 551, w Czechach 1 na 4460, w Bernie 1 na 1230, w Morawie 1 na 4329, w Opawie 1 na 1083, w Szląsku 1 na 5078, we Lwowie 1 na 856, w Krakowie 1 na 399, w Galicyi 1 na 14.328, w Czerniowcach 1 na 1544, w Bukowinie 1 na 17.674, w Zadarze 1 na 1903, w Dalmacyi 1 na 4715 mieszkańców. Z tego zestawienia wynika, że z miast względnie najwięcéj lekarzy ma Kraków, z prowincyj najmniéj Bukowina.

* W tygodniu 1-ym (od 3—9 stycznia) było w Krakowie małżeństw 8, urodzeń 44, skonów 51, z tych z gruźlicy 13, z zapalenia płuc 5, z innych chorób narządu oddechowego 3, z płonicy 2, z dławca i błonicy 2, z nieżytu żołądka i jelit 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** W miejsce prof. Biermera, który zrzekł się katedry, mianowany został profesorem kliniki lek. we Wrocławiu prof. Kast z Hamburga.

Komitet Tow. lek. krak. w wykonaniu uchwały Tow. powziętéj jednomyślnie na posiedzeniu z dnia 13/1 b. r., ma zaszczyt niniejszem wyrazić wszystkim Towarzystwom i Korporacyjom naukowym, członkom honorowym i członkom założycielom, i wszystkim osobom, które raczyły łaskawie przesłać Towarzystwu gratulacyje z powodu uroczystości 25-éj rocznicy istnienia Tow. w dniu 29/12 z. r. odbytéj serdeczne podziękowanie.

Kraków, dnia 17 go stycznia 1892 roku.

Dr. Ponikło.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 447. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Celem obsadzenia opróżnionéj posady c. k. weterynarza powiatowego w randze XI klasy z systemizowanemi dla niéj poborami, rozpisuje się niniejszem konkurs do 29-go lutego 1892 r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne wymagane ustawą z 21 marca 1873 Nr. 37 Dz. u. p, metrykę urodzenia, tudzież dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie konkursowym do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci pozostający już w służbie rządowéj, w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyję policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 17 stycznia 1892 r.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 30 Stycznia 1892. Nr. 5.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_8$ „	6 „

I. Z zakładu farmakologicznego prof. Dra Łazarskiego.

O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy.

Podał

Dr. Jan Wojtaszek,

asystent tego zakładu.

Gdy z biegiem czasu uznano żelazo jako ważny środek leczniczy w medycynie, również i przeciw niemu podniosły się zarzuty, iż nadużywane lub stosowane w pewnych warunkach wywołuje zaburzenia w organizmie ludzkim i zwierzęcym. Uznano więc żelazo za szkodliwe dla ustroju zwierzęcego, nie w tym jednak stopniu, iżby go się należało obawiać tak jak alkaloidów roślinnych lub połączeń arsenu, które wywołują ostre zatrucie częstokroć z zejściem śmiertelnem, lecz za środek działający szkodliwie dopiero po dłuższym czasie. Ztąd też poszło, że tylko w niewielu dziełach traktujących o truciznach, jak n. p. w toksykologii Lewina, Husemanna, poświęcono żelazu niewielkie ustępy, podczas gdy inne podobne dzieła wcale o niem nie podają najmniejszéj wzmianki, a tem samem uważają je za środek zupełnie obojętny i nieszkodliwy.

Wykluczywszy działanie niektórych soli żelaza, które koniecznie zmusza do postawienia go prawie na równi z innemi środkami żrącemi, a więc i traktowania go tak samo jako ciała zdolnego upośledzić zdrowie, musimy się zapytać, dlaczego żelazo w lecznictwie jest tak cenione, a w toksykologicznych dziełach prawie zeszło na ostatni plan. Według mego zdania nie pochodzi to wcale ztąd, żeby żelazo uważano rzeczywiście za środek zupełnie obojętny dla ustroju, ale przyczyna tkwi gdzieindziej, najprawdopodobniej w tem, że jak to literatura wykazuje, może przy niewielu innych środkach leczniczych starło się tyle przeciwnych zdań tak co do jego wessalności, jako też i działania na ustrój jak właśnie przy żelazie.

Sprzeczności te powstały już w samym początku, jedni bowiem uznawali wessalność żelaza — inni ją odrzucali i według tego też kwestyja szkodliwości żelaza podobne przechodziła koleje; raz uważano je za środek obojętny, a mimo to skuteczny, — innym razem za szkodliwy i trujący. Dopiero gdy za wessalnością żelaza przemawiały wyniki badań Gmelina, Quevena, Tourdesa, Lewalda, Scherpfa, Buchheima wbrew zapatrywaniom Hannona, Kletzyńskiego, Bungego, który to ostatni twierdził, że żelazo z pokarmami przyjęte chroni tylko od rozpadu żelazo będące w organizmie, a gdyby uległo wessaniu byłoby trucizną dla tegoż, od tego też czasu wyszła i kwestyja zabójczego działania połączeń żelaza wybitniéj na porządek dzienny.

Pierwsze podania o szkodliwości żelaza sięgają dalej w przeszłość niż doświadczenia nad jego wessalnością; i tak w tym razie jak i przy innych środkach pochodzą one głównie z doświadczenia codziennego i kazuistyki sądowéj. Do nich należy podanie Valentinera, [1]) który widział po dłuższem używaniu wody żelazistéj pyrmonckiej jako też środków żelazistych występowanie krwotoków do jam ciała jakoteż usposobienie apoplektyczne; przypadek Taylora, [2]) który się zakończył śmiercią po użyciu 30 gr. siarkanu żelazawego; Coryego (l. c.) przypadek śmierci najprawdopodobniéj wskutek ostrego zapalenia otrzewny po wstrzyknięciu zgęszczonego rozczynu sześciochlorku żelazawego do macicy. Również o szkodliwości żelaza[3]) wspominają Andral i Gavaret; Trousseau zaś twierdzi, że żelazo w chlorozie, w któréj ogólnie uchodzi jako środek właściwie działający, jest wprost szkodliwe, co poniekąd późniéj potwierdza i Scherpf[4]) uważając żelazo podawane w téj chorobie za przyczynę krwotoków płucnych.

[1]) Husemann Toxicologie. — [2]) Levin Toxicologie. — [3]) *Gazette medic. de Paris* 1891. 12. — [4]) Scherpf — *Die Zustände und Wirkungen des Eisens im gesunden und kranken Organismus. Rossbachs pharmakologische Untersuchungen* II. 1877. Tamże dokładna literatura co do żelaza do r. 1877.

Po przypadkach zaczerpniętych z praktyki i codziennego doświadczenia przy łóżku chorego pojawiają się już próbki właściwych doświadczeń Tourdesa i Heppa, którzy mieli u psów wywoływać zatrucie chroniczne żelazem, cechujące się ogólnem osłabieniem i krwotokami. Pierwszym jednakże, który badania o szkodliwości żelaza podjął naukowo, był Orfila [1]) i on też wykazał, że można skutecznie organizm zwierzęcy zatruć siarkanem żelazawym. Od jego wystąpienia mnożą się badacze, ci jednak różnią się między sobą w wynikach i tak: Smitt [2]) wstrzykiwał zwierzętom do żyły 0,50—0,60 ferri sulf. i nie widział żadnych objawów otrucia, Blacke (l. c.) nawet po wprowadzeniu do żyły 4 gr. ferr. sulf. nie mógł wywołać śmierci psa lecz zaledwie senność, osłabienie ogólne i przemijający spadek ciśnienia krwi, Rabuteau zaś wywoływał śmierć psa przez wstrzyknięcie 1 go. chlorku żelazowego do żyły, Laschkewitz [3]) wreszcie uważa żelazo za zupełnie nieszkodliwe tak dla ludzi jakoteż i zwierząt ssących. Z późniejszych Kobert [4]) podaje, że chroniczne otrucie żelazem wywołuje u psów biegunki, wymioty, zapalenie nerek i mocz żółtaczkowy. Z wynikami jego zgadza się Glaevecke [5]) wykazawszy, że po wstrzyknięciach podskórnych u ludzi wystąpowały wymioty, ogólne osłabienie, u zwierząt zaś jako objaw ważny mocz barwy kawowéj.

Oprócz powyższych podań znajdują się w literaturze jeszcze podania Hufelanda, Cl. Bernarda, Fourcroya, Köllikera i Müllera, lecz i te różnią się między sobą — pierwsi bowiem uważają żelazo za nietrujące, podczas gdy dwaj ostatni wywoływali śmierć zwierząt przez wstrzyknięcie cytrynianiu żelazowego do żyły.

Obok pracy Orfili bardzo ważne miejsce zajmuje w toksykologii żelaza praca Franka [6]) jakoteż praca z lat ostatnich Meyera i Williamsa [7]). Wyniki ich doświadczeń są prawie jednakowe a mianowicie, że żelazo działa trująco na ustrój zwierzęcy, wywiera silne działanie po zastosowaniu wprost do krwi na żołądek, jelita i ciśnienie krwi.

Pracom tym jednak możnaby zarzucić jednostronność— Frank bowiem używał do podawania wewnętrznie siarkanu żelazowego, do krwi zaś *ferrum hydrobromicum* — Williams i Meyer robili doświadczenia wprowadzając do krwi tylko winian żelazawo-sodowy. Mimo tego jednak nie można było wątpić o prawdziwości ich podań tém mniéj, gdy w następnych latach pojawiły się prace o podobném działaniu trującem metali należących do téj saméj grupy chemicznéj co żelazo, a mianowicie Stuarta [8]) o niklu i kobalcie, jakoteż praca Cahna [9]) o manganie i Koberta [10]) o żelazie i manganie.

Gdy więc tak wykazane własności trujące żelaza przez Meyera i Williamsa zdawały się nie ulegać żadnéj wątpliwości, przecież Zaleski [1]) w pracy o wydzielaniu się żelaza choć mimochodem podaje, że nie widział wcale ostrego otrucia raz po wstrzyknięciu do żyły 0·096 Fe jako winianu sodowo żelazowego, drugi raz nawet w 2 godziny po wstrzyknięciu 0·056 Fe.

Tak więc niejednostajność podań z jednéj strony, z drugiej strony zaś świadomość, że winian i cytrynian sodu używane tak przy żelazie jak i innych metalach jako rozczynniki białkanów nie są środkami zupełnie obojętnemi dla krwi a wreszcie chęć zbadania, które środki byłyby najlepsze do zastosowania podskórnego i wewnętrznego, skłoniły mnie do pracy nad tym przedmiotem.

Nie myślę jednak na tem miejscu wcale poruszać kwestyi żrącego działania niektórych soli żelazowych, działanie bowiem to jest miejscowe, a nawet i ewentualne zejście śmiertelne po ich użyciu jest skutkiem sprawy zapalnéj miejscowéj lub zaczopowania naczyń; zadaniem mojem jest sprawa otrucia ogólnego żelazem. Naprzód więc należało wyszukać połączenia żelaza najodpowiedniejsze do podawania wewnętrznego i łatwo wessalne, jakoteż do wstrzyknięcia wprost do krwi a nie wywołujące skrzepów w téjże. Przy téj sposobności również chciałem stwierdzić wessalność żelaza, bo i jeszcze dziś znajdują się tacy, którzy wyrażają się z powątpiewaniem o téjże a niektórzy nawet zupełnie ją odrzucają. Jestto jednak zwykły zarzut praktyków, gdy podawany środek nie działa.

Z tych więc powodów postanowiłem najprzód przekonać się o wessalności żelaza, a stwierdziwszy takową, mogłem ocenić, które środki łatwiéj, a które trudniéj dostają się do krwi obiegu i do tkaniu.

W tym celu zrobiłem kilkadziesiąt doświadczeń na królikach i psach, które mnie doprowadziły do następujących rezultatów:

1. Sole żelaza stosowane na skórę nie ulegają wessaniu.

2. Stosowane podskórnie ulegają dość wcześnie wessaniu i już po zabiciu zwierzęcia w 2—4 godziny można było wykazać małe ilości żelaza w nerkach, wątrobie i moczu. Zupełnego jednak wessania z tkanki łącznéj podskórnéj, jak to utrzymuje Glaevecke, stwierdzić nie mogłem. Przy téj sposobności wypada również nadmienić, że już Neuss i Podwysocki stwierdzili i ostrzegają, że nawet sole żelazowe nie mające działania żrącego wstrzyknięte podskórnie wywołują łatwo ropnie gnilne i zgorzel skóry. Glaevecke po wstrzykiwaniach podskórnych nie miał jednak takich przypadków, ba nawet nie widział reakcyi.

3. Podawane wewnętrznie tak do żołądka jakoteż wprowadzane wprost do jelit, głównie połączenia z kwasami organicznemi ulegają również wessaniu i po kilku godzinach można je wykazać w moczu, a po zabiciu zwierzęcia w nerkach i w wątrobie a to albo przez polanie siarczkiem amonu albo przez polanie przekroju żelazinkiem potasu zakwaszonego kw. azotowym, w pierwszym razie występuje zabarwienie czarne, w drugim niebieskawo zielonkowate.

4. Wydzielanie żelaza następuje głównie przez błonę śluzową jelit oprócz tego w znacznéj ilości z żółcią, w bardzo małéj zaś z moczem. (Tiedemann, Gmelin [2]) Jacobi [3]). Sposób ten

---

[1]) Orfila. *Traité des poisons.* — [2]) Husemann. Toxicologie. — [3]) *Centralblatt f. d. med. Wissenschaft* 1866. — [4]) *Archiv. f. exp. Path. und Pharmak.* XVI. 385. — [5]) Glaevecke *Über subcutane Eisenwirkung* Ibidem XVII. 466. — [6]) *Mag. für Physiologie klinische Arzneimittellehre und Toxicologie* 1846. — [7]) Meyer u. Williams: *Über acute Eisenwirkung. Archiv für exp. Path. und Pharmak.* XIII. 71. — [8]) Stuart. *Ueber den Einfluss der Nickel- und Kobaltverbindungen auf den thierischen Organismus. Archiv. für exp. Path. und Pharmak.* XVIII. 151. — [9]) Cahn: *Ueber Resorption und Ausscheidung des Mangans im Organismus.* Ibidem XVIII. 129. — [10]) Kobert: *Zur Pharmakologie des Eisens und Mangans* Ibidem XVI. 385.

[1]) Zaleski: Przyczynek do nauki o wydzielaniu się żelaza. „Przegląd Lekarski“ 1887, 43, jakoteż *Archiv.* powyższy XXII. 324. — [2]) Schroff: *Pharmakologie* — [3]) Jacobi: *Ueber Eisenauscheidung aus dem Thierkörper nach subcutaner intra-*

wydzielania się żelaza został już stwierdzony przez Buchheima, Meyera, Quinckego,[1]) przypuszczonym był przez Koberta, Biddera i Schmidta, w ostatnich zaś czasach został zaprzeczonym przez Zaleskiego.[2])

5. Pominąwszy nalewki żelazowe, które dla moich doświadczeń były nieprzydatne dla małéj zawartości żelaza a szczególnie dla zmiennego składu, doświadczenia doprowadziły do tego wyniku, że tak podskórnie jakoteż wewnętrznie stosowane najlepszemi okazały się sole żelazowe, a między temi ich połączenia z kwasami organicznemi jako połączenia podwójne — wogóle sole żelazowe nie tworzące strątów z białkiem. Po tych połączeniach występowały wszystkie objawy ostrego działania żelaza, w małych dawkach podawane przez dłuższy czas wywoływały zwiększenie się ilości ciałek krwi czerwonych i przekrwienie szpiku kostnego i na téj też podstawie trudno im odmówić możności asymilacyi, a przyznać im tylko wessalność, jak to utrzymuje Podwysocki[3]) Badacz ten podaje, że tylko te połączenia żelaza zdolne są do asymilacyi, które z alkaliami tworzą wodnik żelazowy, do których według niego cytryniany, winiany, mlekany jakoteż pyrofosforan żelaza wcale nie należą. Przy zastosowaniu powyższych połączeń nasunęły się pewne trudności, rozchodziło się bowiem o połączenia żelaza stosowne do wprowadzenia do krwi bez wywoływania zmian w téjże. Wprawdzie Orfila wstrzykiwał wprost do krwi siarkan żelazawy, to samo robił i Blake, ale téż i ich doświadczeniom można zarzucić to, że oni zmieniali alkalescencyę krwi i nie było także pewności, czy nie powstawały skrzepy we krwi.

Na tę ostatnią okoliczność zwrócił uwagę Quincke[4]) i uznał ją za tak ważną, że objawy otrucia, wywołane przez Blakego, czyni wprost zależnemi od zakrzepów powstałych w naczyniach. Obawiając się téj ostatniéj możliwości wstrzykiwałem do żył roczczyny soli żelazowych w postaci białkanów, jednakże te były dla trudnej rozpuszczalności białkami żelaza w białku nadzwyczaj rozcieńczone a przy wstrzykiwaniach podskórnych trzeba było używać tak znacznych ilości płynu, iż niepodobna było wprowadzić go pod skórę w ilości potrzebnéj do zatrucia zwierzęcia. Do żył także trzeba było użyć znacznych ilości białkanów żelazowych i to zwróciło uwagę na tę okoliczność, czy wogóle taka ilość przeciętnie 100 cc. wprowadzonego białka rozcieńczonego wodą jest dla ustroju zwierzęcego rzeczą obojętną lub nie?

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyczynek do chirurgii żołądka.

Skreślił

Dr. H. Schramm we Lwowie.

(Dok Patrz Nr. 4.)

Co do metody operacyi, to w najnowszych czasach podano kilka sposobów, aby ile możności zapobiedz wylewaniu się treści żołądkowéj przez założoną przetokę. Doświadczenie bowiem pouczyło, że wszelkie sposoby sztucznego zamykania ranki są niedostateczne z powodu dążności przetoki do rozszerzania się.

venöser Injection. Strassburg 1887. — [1]) Bernatzik u. Vogl: *Pharmakologie.* Nothnagel u. Rossbach: *Pharmacologie.* — [2]) Zaleski „Przegląd Lekarski“ 1887. 43. — [3]) Podwysocki: O farmakologii żelaza. „Przegląd Lek.“ 1885. 261. — [4]) Nothnagel und Rossbach. *Pharmakologie.*

Aby temu zapobiedz radzi Hacker, aby otwór w ścianie brzusznéj przechodził przez mięsień prosty tak, aby włókna jego tworzyły rodzaj mięsnego zwieracza dla nowoutworzonego otworu. Hahn radzi, aby otwór prowadzący do żołądka założyć w 8 przestworze międzyżebrowym i na przedostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie przedstawił Hadra chorą operowaną tym sposobem, u któréj założona przetoka funkcyjonowała doskonale, choréj przybyło w ciągu miesiąca 6 klg. Sposób ten ma jednak tę niedogodność, że trzeba prowadzić dwa cięcia, jedno pod łukiem żebrowym, drugie w międzyżebrzu i że czasem przychodzi do nadżarcia żebra, jak to spostrzegał Hacker (*Ueber die Hahnische Methode der Gastrostomie. Wien. klin. Wschrft.* Nr. 13, 1890).

W ostatnich czasach podał Oskar Witzel (*Centralbl. für Chir.* Nr. 32, 1891) nowy sposób, tj. utworzenie z ścian żołądka długiego skośnego kanału, na którego dolnym końcu znajduje się otwór prowadzący do żołądka. Utworzony w ten sposób rodzaj wentylu przeszkadza wydobywaniu się treści żołądkowéj, jak się o tem przekonał Witzel w dwóch operowanych przypadkach.

U mojego chorego nie mogłem wykonać zamierzonéj początkowo metody Hahna z wspomnianéj wyżéj przyczyny i ograniczyłem się tylko do tego, że otwór z żołądka zrobiłem jak najmniejszy i że nie zaszyłem brzegów rany z błoną śluzową, która też nie wywijała się na zewnątrz, i przez te kilkanaście dni, które chory żył po operacyi, przetoka nie sprawiała mu żadnych dolegliwości.

Która z podanych dotychczas metod zakładania przetoki, czy kostne ograniczenie otworu podług Hahna, czy utworzenie mięśniowego zwieracza lub wentylu okaże się najlepszą — o tem muszą przekonać dalsze doświadczenia, a są one tem ważniejsze, że wynalezienie pewnego sposobu dokładnego zamykania utworzonéj przetoki przyczyniłoby się nie mało do tego, że z większą pewnością przystępowalibyśmy do wczesnego wykonania gastrostomii, gdybyśmy na pewno mogli uchronić chorego od wypływania treści żołądkowéj i połączonych z tem niedogodności.

Niedawno wystąpił Kocher ze zdaniem, że gastrostomija przeciwwskazana jest w obec raka wpustu żołądka, utrzymując, że w przypadkach takich wydobycie żołądka na zewnątrz jest z powodu silnych zrostów niemożebne. Przypadki opisane przez Hackera i wspomniany przypadek Hadry twierdzeniu temu się sprzeciwiają, przypuścić zatem możemy, że gastrostomija wskazaną jest tak przy raku dolnéj części połyku jak i przy raku wpustu. Zachodziłoby tylko jeszcze pytanie, co robić w przypadkach, w których znacznie powiększone i nieruchomo zrośnięte gruczoły limfatyczne nastają na sploty nerwowe wywołując nieznośne bóle. W jednym z takich przypadków nie namawiałem wcale chorego do gastrostomii, a tylko morfiną łagodziłem bóle i uczucie głodu.

6. Dwa przypadki przeszywających ran brzucha.

W dniu 6 stycznia 1888 r. wezwano mnie do choréj, która przed kilkunastu minutami postrzeliła się z rewolweru. Przybywszy na miejsce przypadku znalazłem pacyjentkę kobietę około lat 24 liczącą, dobrze zbudowaną i odżywioną. Na trzy palce niżéj łuku żebrowego lewego i na 3 ctm. na lewo od linii białéj znajduje się rana okrągła, wielkości pół centa o brzegach spalonych, prawie nie krwawiąca. Okolica rany przy lekkim ucisku bolesna, brzuch nie wzdęty, nie bolesny, tętno do 120, chora niespokojna. Ranę obmyto roczczynem karbolu i założono opatrunek przeciwgnilny. W kwadrans potem wystąpiły silne boleści w brzuchu i wymioty

krwawe. Wobec tego przedstawiłem tak chorej jak i krewnym konieczność operacyi w celu wyszukania i zespojenia zranionego z pewnością żołądka, na co jednak się nie zgodzono. Chora dostała zatem pigułki z lodu, worek lodowy na brzuch, makowiec w kroplach i podskórne wstrzyknięcie morfiny. W godzinę ponowne, obfite wymioty mas fusowatych.

7/1. Rana wygląda prawidłowo. Brzuch w okolicy żołądka wzdęty i bolesny, ciepłota 38·5, tętno 100, wymiotów nie było. Leczenie to samo, ścisła dyjeta, pigułki lodowe i makowiec.

9/1. W okolicy żołądka wyczuć się daje rozległy naciek zapalny wielkości dwóch dłoni. Ciepłota 39, tętno 120, leczenie to samo.

Do 12/1. Stan prawie nie zmieniony. Chora mocno osłabiona, kilkakrotne wymioty bez krwi.

13/1. Stolec czarno zabarwiony po lewatywie. Naciek w okolicy żołądkowej trochę mniejszy. Ciepłota waha się między 38·5 a 39.

18/1. Naciek zapalny znacznie mniejszy i mniej bolesny. wymiotów nie ma. Okłady wysychające.

25/1. Stan bezgorączkowy, w okolicy żołądka daje się wyczuć jeszcze naciek wielkości pięści.

4/2. Naciek wessany prawie zupełnie.

6/2. Chora próbowała włożyć gorset, przyczem uczuła silne boleści w brzuchu.

7/2. Ciepłota 39, w okolicy żołądka ponownie naciek wielkości dłoni, wymioty. Zalecono okłady lodowe, dyjetę i makowiec.

10/2. Przypady zapalne ustąpiły. Naciek znacznie mniejszy.

20/2. Naciek zupełnie ustąpił.

Odtąd pacyjentka nie ma żadnych dolegliwości i cieszy się dotychczas zupełnem zdrowiem. Kuli nie znaleziono.

W dniu 24 maja z. r. przyniesiono do szpitala św. Zofii dziecko 4-letnie, które przed kilku godzinami skaleczone zostało nożem szewskim w brzuch. Stan dziecka zresztą doskonale odżywionego był następujący: tętno spokojne, pełne, brzuch nie wzdęty, nie bolesny. Na 3 palce niżej łuku żebrowego i tyleż na lewo od linii środkowej znajduje się rana długości 1½ ctm. o brzegach ostrych, z rany sterczy kawałek sieci wielkości orzecha laskowego, krwawienia nie ma. Po obmyciu okolicy rany roztworem sublimatu 1‰, podwiązałem wypadniętą sieć i odciąwszy ją tuż nad podwiązką, wprowadziłem resztę do jamy brzusznej. Ranę otwarłem haczykami, a gdy tak otrzewna ścienna, jak i nastawiająca się część sieci i jelita wyglądały prawidłowo, zaszyłem ranę skórną dwoma szwami i założyłem opatrunek. Przebieg zupełnie bez powikłań, a w sześć dni później opuściło dziecię szpital w stanie zupełnego zdrowia.

Kwestyja leczenia ran przeszywających brzucha, a szczególnie ran postrzałowych, nie jest jeszcze rozstrzygnięta, a pytanie co lepsze, czy postępowanie czynne, t. j. otwarcie jamy brzusznej i szukanie za zranioną może kiszką, czy też leczenie wyczekujące, czeka jeszcze na ostateczną odpowiedź.

Dotychczasowe zestawienia statystyczne przedsiębrane przez różnych autorów wykazuje, zapewne z powodu różnorodności materyjału, zupełnie różne wyniki i tak n. p. Reclus i Noguès[1]) podają, że przy ranach postrzałowych leczonych za pomocą laparatomii umiera 43 do 80% chorych, przy leczeniu zaś wyczekującem tylko 25%. Natomiast Barrow[2]) dochodzi do wniosku, że rany takie leczone przez laparatomiję dają 66% śmiertelności, która jednak już przy dłuższem zwlekaniu z operacyją podnosi się do 80%, a bez operacyi dochodzi do 90%.

Podobnie i doświadczenia na zwierzętach przedsiębrane nie doprowadziły dotychczas do jednakowych wyników i tak: A. Schachner[3]) dochodzi na podstawie doświadczeń na psach do wniosku, że rany postrzałowe leczone za pomocą laparatomii dają 45·1% śmiertelności, bez tego zabiegu zaś, przy leczeniu wyczekującem dochodzi śmiertelność do 80%. Dodać jednak wypada, że pierwszy szereg doświadczeń obejmuje 32 przypadków, drugi tylko 5. Natomiast w doświadczeniach Réclusa (l. c.) było 50% zwierząt wyleczonych bez laparatomii.

Zwolennicy czynnego postępowania utrzymują, że wobec niepewności początkowych objawów przebicia kiszki konieczne jest otwarcie jamy brzusznej dla przekonania się, czy przypadkiem kiszka nie jest zraniona: n. p. Postemski[4]) nie waha się otworzyć jamy brzusznej cięciem rozległem nawet krzyżowem, w celu dokładnego obejrzenia przewodu pokarmowego. Wyniki jego są wcale dobre, gdyż na 19 tak operowanych przypadków utracił tylko 3. Podobnie i Lauenstein[5]) radzi w każdym przypadku przeszywającej rany brzusznej wykonać laparatomiję, gdyż rozpoznanie, czy jelito jest zranione, czy nie, jest niemożebne *„und wäre eine solche (Darmwunde) vorhanden, so ist das Zuwarten gleichbedeutend mit dem Verzicht auf den letzten Versuch den Kranken zu retten"*.

Tymczasem doświadczenia na zwierzętach i obserwacyja kliniczna pouczają, że się rzecz tak niema. Znane są bowiem przypadki, w których jelito bez żadnej wątpliwości było zranione, a które przecie bez laparatomii skończyły się pomyślnie. I tak n. p. Monchire[6]) opisuje przypadek rany postrzałowej w 6 międzyżebrzu: wymioty krwawe i stolce z krwią zmięszane wskazywały zranienie żołądka a chory wyzdrowiał przy leczeniu wyczekującem

Grauero[7]) opisuje przypadek, w którym kula odeszła ze stolcem, gdzie więc kiszka musiała być przebita, a chory wyzdrowiał. W przypadku Grünbauma[8]) jama brzuszna została na wskroś przebita, wyleczenie bez laparatomii.

Bernays[9]) operując chorego po postrzale w jamę brzuszną, znalazł 6 ran w kiszkach, z których dwie były tak mocno zlepione, że ich szyć nie potrzebował. I w moim przypadku wymioty i stolce krwawe, a nadto ograniczone zapalenie otrzewny dowodzą, że żołądek zapewne został zraniony — przypadki więc takie, a możnaby ich przytoczyć znaczną liczbę, dowodzą jak najdobitniej, że zranienie kiszki nie musi być bezwarunkowo śmiertelne, lecz że leczy się samo i to stosunkowo dość często, bądź przez zatkanie otworu przez błonę śluzową lub przez sąsiednią pętlę kiszek. Sądziłbym więc, że żądanie, aby w każdym przypadku przeszywającej rany brzucha, bez względu na istniejące objawy nie wskazujące na razie na przebicie kiszki, przystępować do laparatomii jest nie całkiem usprawiedliwione. W wielu przypadkach operowanych okazało się po otwarciu jamy brzusznej, że kiszka nie jest zraniona, że krwotoku nie ma, że nasz zabieg operacyjny był zbyteczny. Czy wszystkie takie przypadki skończyły się pomyślnie? Zdaje mi się

---

[1]) *Revue de chirurgie* 1890, Nr. 2—5. — [2]) *Gunshot wounds of the abdomen. Journ. of the amer. med. Assoc.* 1890. XV, Nr. 6.

[3]) *Annal of Surgery* XI, p. 401—446. — [4]) 6 Zjazd chirurgów w Bolonii 1889 ref. *Centralbl. f. Chir.* Nr. 39, 1889. [5]) *Aus dem Gebiete der Abdominalchirurgie. Deut. m. Wschrft.* 1889, Nr. 69. — [6]) *Arch. gén. de med.* 1890. — [7]) *Revista de med. et chir. prat.* 1889, XXIV. — [8]) *Centralbl. f. Chir.* 1889, Nr. 7. — [9]) *Berl. kl. Wschrft.* 1890, Nr. 31.

więc, że zdanie Wölflera[1]), że w wątpliwych przypadkach zranienia kiszek jest lepiéj *„einen Bauchschnitt zu viel, als einen zu wenig gemacht zu haben“* — odnosićby się mogło z całą słusznością tylko do klinik dobrze urządzonych i do operatorów mających i potrzebną wprawę i cały aparat potrzebny do laparatomii natychmiast pod ręką, aby mogli przystąpić do próbnéj laparatomii z tem pełnem przekonaniem, że choremu przez operacyję nie zaszkodzą. W przypadkach, w których tych warunków choremu dać nie możemy, lepiéj będzie może przy braku objawów wymagających koniecznie otwarcia jamy brzusznéj, ograniczyć się do leczenia wyczekującego.

Do takich objawów, wymagających spiesznéj interwencyi chirurgicznéj, zaliczyć należy przedewszystkiem oznaki silnéj i postępującéj niedokrewności, wskazującéj na zranienie jakiegoś ważniejszego naczynia krwionośnego; w przypadku takim oczywiście tylko wyszukanie i podwiązanie krwawiącego naczynia może uratować życie chorego. Powtóre objawy wybitne pewnego zranienia kiszki z wydostaniem się ich treści do jamy brzusznéj uważać trzeba także jako koniecznie wymagające otwarcia jamy brzusznéj, a to w celu rozpoznania jéj i zapobiegnięcia dalszemu wydostawaniu się kału przez zeszycie zranionego miejsca. O ile bowiem doświadczalnie stwierdzone jest, że rana kiszki może się sama zagoić, jeżeli została natychmiast bądź przez wypadłą błonę śluzową, bądź przez sąsiednią pętlę zamknięta, o tyle cokolwiek znaczniejsze wylanie się kału do jamy brzusznéj pociąga za sobą śmierć prawie bezwarunkowo i tylko przez oczyszczenie dokładne jamy brzusznéj i zapobiegnięcie dalszemu zanieczyszczaniu można chorego utrzymać przy życiu.

Objawy takiego zranienia kiszki bywają często bardzo wybitne, a mianowicie nagły zapad, znaczna bolesność brzucha, bębnica pokrywająca stłumienie wątroby występują zwyczajnie bardzo szybko po trawieniu. Zdarzają się wprawdzie i przypadki, w których objawy te występują znacznie późniéj, n. p. Kliegl[2]) opisuje przypadek postrzału w jamę brzuszną z rewolweru, w którym przez dwa dni nie było żadnych groźnych przypadków, rozwinęły się one dopiero późniéj, a przy sekcyi znaleziono przedziurawienie kiszki cienkiéj w dwóch miejscach i kał w jamie brzusznéj; początkowo zamknięte otwory musiały się więc później otworzyć.

W celu przekonania się, czy kiszka jest zraniona czy nie, radzi Senn wprowadzać przez kiszkę stolcową gaz wodu, który ma się wydobyć przez zranione w kiszce miejsce, dostać się do jamy brzusznéj a ztąd uchodzi przez ranę skórną na zewnątrz i tutaj może być zapalony. Przeciw sposobowi temu podniesiono z wielu stron słuszne zarzuty, a mianowicie, że tym sposobem najłatwiéj można porozrywać tworzące się zrosty, zamknięty może otwór w kiszce i wywołać wylanie się kału do jamy brzusznéj.

Eichberg[3]) zwrócił niedawno uwagę na nowy objaw zranienia kiszki, a mianowicie na szaro-niebieskie zabarwienie wątroby i śledziony w razie obecności wolnych gazów jelitowych w jamie brzusznéj, radzi więc w wątpliwych przypadkach otworzyć jamę brzuszną i zobaczyć wątrobę, w razie obecności tego zabarwienia jéj powierzchni należałoby szukać daléj zranionego miejsca w kiszce. O ile objaw ten ma rzeczywistą wartość, mogą stwierdzić dopiero dalsze spostrzeżenia.

Zbierając pokrótce wszystko, com powiedział, dochodzę do wniosku, że w przypadkach ran postrzałowych jamy brzusznéj można w zwykłych warunkach ograniczyć się do leczenia wyczekującego, jeżeli nie ma na razie żadnych groźnych przypadków. Jak najspieszniejsza laparatomija wskazana jest w przypadkach postępującéj ostréj niedokrewności, jakoteż przy wyżéj wspomnianych objawach wydostania się kału i gazów kiszkowych do jamy brzusznéj. Przytoczone wyżéj słowa Lauensteina można do takich przypadków zastosować z całą słusznością.

Takby stały rzeczy przy ranach postrzałowych jamy brzusznéj w czasie pokoju. A w czasie wojny?

Niektórzy autorowie, n. p. Bogdanik, żądają, aby w każdym przypadku rany brzusznéj przystępować natychmiast do laparatomii jaknajwcześniéj, już na miejscu pierwszéj pomocy (*Hilfsplatz*). Zdanie to jednak spotyka poważne zarzuty; po pierwsze rany postrzałowe w czasie pokoju, na których opiera się dotychczasowa statystyka, odnoszą się przeważnie do postrzałów rewolwerowych, po których uszkodzenie jest zwyczajnie mniejszego stopnia. Przy nowoczesnéj broni wojskowéj siła rozdzierająca pocisku w różnych odległościach bywa znaczną, jak tego dowodzą doświadczenia przedsiębrane na zwłokach, a Meilly[1]) opisuje 11 przypadków ran postrzałowych brzucha, w których jelita były tak potargane, że po laparatomii nie można się było spodziewać żadnego skutku. Powtóre warunki, w jakichby trzeba wykonywać operacyję, będą całkiem inne niż w czasie pokoju; wątpię, aby tam można mieć taki spokój i takie urządzenie i pomoc, któreby pozwalały wykonywać laparatomije próbne i szukać zranionéj kiszki z tem przeświadczeniem, że się choremu nie zaszkodzi raczéj niż pomoże. Gdy nadto zważy się, że laparatomija taka zabiera tyle czasu i tyle rąk potrzebnych do udzielenia skutecznéj pomocy lekarskiéj innym rannym, to zdaje mi się, że wykonywanie laparatomii na t. zw. Hilfsplatzu bardzo rzadko mogłoby być usprawiedliwione i z pewnością i w praktyce rzadko będzie mieć miejsce.

III. W sprawie wątpliwości w orzeczeniach sądowo-lekarskich.

Podał

Dr. Stanisław Cięglewicz w Jaśle.

W Nrze 52 „Przeglądu Lekarskiego“ z r. z. pojawił się artykuł kolegi Kadyjego w tym przedmiocie; między innemi podnosi tamże kolega K. jeden przypadek, o naturze którego przytrafiło nam się razem wydawać orzeczenie. Rzecz rozchodziła się o kwalifikacyję uszkodzenia; poszkodowany miał być duszonym ręką za gardło, przyczem miano zauważyć pewne zesinienie, charczenie; podniesiony jednak przez świadków ze ziemi, wstał poszkodowany i poszedł z nimi względnie[1]) zdrowy do domu.

W przypadku tym ja upatrywałem uszkodzenie lekkie samo przez się z kwalifikacyją jednak § 155 lit. a; jakkolwiek kolega K. początkowo zgodnie ze mną orzekał, to za

[1]) *Centrbl. f. Chir.* 1890, Nr. 18. — [2]) *Wien. med. Presse* 1890, Nr. 40. — [3]) *Ein neues Zeichen der Darmperforation. Med. Rund.* 1888, Mai p. 556 refer. *Centralbl. für Chir.* 1890 Nr. 10.

[1]) *Schussverletzungen. Deutsche milit. Zeitung*, 1890, Nr. 5.

[1]) Wyraz względnie odnoszę do kilku nieznacznych zdarć przyskórka na szyi.

chwil kilka zmienił zdanie dopatrując się w tej sprawie podwójnej kwalifikacyi, mianowicie i z § 152, czyli, że z bitki tej, po której poszkodowany względnie zdrów poszedł do domu, wynikaćby miały dwie zbrodnie. Kolega K. motywował swój wywód tem, że on każde chwycenie ręką za gardło uważa za kwalifikujące się do wymogów § 155 lit. a, ponieważ tu jednak była mowa o pewnej sinicy i charczeniu, o pewnéj nieprzytomności, dlatego on tu chciał widzieć oprócz zbrodni z § 155 lit. a, także zbrodnię z § 152.

Argumenta jakie wówczas kolega K. za tym swoim wywodem przytaczał, nie zdołały przekonać ani Trybunału orzekającego, ani mnie, a i dziś przeczytawszy w artykule powyż wspomnianym ustęp téj sprawy dotyczący, wcale przekonanym nie jestem. I tak pisze kolega K., że nieraz śmierć z zagardlenia nastąpić może nagle z powodu porażenia nerwów przez ucisk jednorazowo wywarty, a zdanie to popiera kazuistyką sądowo-lekarską [1]) twierdzeniem Caspra-Limana i Hofmanna.

Co do kazuistyki w tym kierunku, to nie musi ona być tak bardzo bogatą, skoro takie powagi jak Casper-Liman wyrażają się o tym przedmiocie z największą rezerwą. I tak w dziele tych autorów odnośny ustęp brzmi: „Ueberall hat man in solchen Fällen die vom Richter vorgelegte Frage zu beaanworten, ob ein solch blosses Zufassen an den Hals den Tod, die vorgefundene Erstickung habe „bewirken können? eine Frage, die ich noch nirgends, selbst „nicht in dem so sehr ausführlichen Original von Taylors „medical Jurisprudence mit seiner sehr reichen Casuistik „erwähnt gefunden habe. Nun ist die Möglichkeit, dass ein „dreistes Zufassen an den Hals, wobei von selbst die Finger „zu beiden Seiten der Luftröhre zu liegen kommen und hier „einen Druck ausüben werden augeblicklichen Luftabschluss „und Erstikung und todtes Histürzen des Angegriffenen „veranlassen könne, mit Gründen gewiss nicht im allen der„artigen Fallen, die immer Zank, Streit, gehässiges Gegen„überstehen der Parteien, oft auch noch Berauschung u. s. w. „voranssetzen lassen, der Griff an den Hals gewiss nicht vor„sichtig, sondern rasch und leidenschaftlich heftig geschah. „*Allein wenn auch möglich, wahrscheinlich ist ein solcher „Hergang nicht. Beweis: die täglich vorkommenden, oft wil„den Raufereien, bei denen Fälle von plötzlicher derartiger „Tödtung nicht vorkommen*“: Tak twierdzą ci autorowie. — Hofmann przytaczając to zdanie, dodaje, iż na podstawie swego własnego doświadczenia wyrazić się może, że „Die „von Casper zugestandene Möglichkeit wird noch mehr zu„gegeben, *auch wenn wir gegenüber der Angabe, dass schon „durch ein einmaliges Zudrücken des Kehlkopfes der Tod „herbeigeführt wurde, höchst vorsichtig sein werden*“. Hofmann na poparcie tego twierdzenia przytacza jeden jedyny przypadek, gdzie kobieta uchwycona nagle ręką za szyję straciła odrazu przytomność, jednak została docuconą, gdy ją po kilku chwilach znaleziono nieprzytomną. Jeżeli tak więc rzeczy stoją — a nie o wiele zapewne się omylę, jeśli powiem, że i nasze codzienne doświadczenie przemawia także za szczególną nadzwyczajnością tego rodzaju wydarzeń — to wątpię, czy sprawę taką nazwać można czemś zwyczajnem, czemś, co się przytrafia z a z w y c z a j, owszem zdaje mi się, że śmierć z tego powodu jest białym krukiem, jest czemś nadzwyczajnem i niezwykłem.

Wracając do naszego paragrafu (155 lit. a,) sądziłbym, iż przy zastosowaniu onegoż słówko „zazwyczaj“ najgłówniejszą odgrywa rolę [2]). Gdyby tak nie było, to prawie każde lekkie uszkodzenie z niezwykle nieszczęśliwym przebiegiem można by paragrafem tym objąć, n. p. nieznaczna rana na głowie, w następstwie tejże róża ze śmiertelnem zejściem. Do uwydatnienia różnicy między słowami zazwyczaj i nadzwyczaj pozwoliłbym sobie przytoczyć jeden przykład. Wiadomo powszechnie, że n. p. wielka a niespodziewana radość może śmierć wywołać, — od czasu do czasu czytamy w dziennikach, że ktoś wygrawszy wielki los na otrzymaną o tem wiadomość nagle umarł, mówimy wtenczas o tem, iż śmierć tu jest wypadkiem nadzwyczajnym. Gdyby rzecz taka działa się zazwyczaj, nikt komu życie jeszcze choć trochę miłe, widząc co go ewentualnie spotkać może, nie odważyłby się losów kupować — gdy przeciwnie amatorów wzdychających do główněj wygrany jest bardzo wielu — widać, że śmierci z radości nie uważają za coś zwyczajnego.

Zdaje mi się, że dostatecznie usprawiedliwiłem swoje zapatrywanie na ten przedmiot, mianowicie że nie każde uchwycenie ręką za gardło pod względem sądowo lekarskim można sprowadzać do wspólnego mianownika. Wydając też orzeczenie w naszym przypadku podniosłem tę okoliczność — pomimo tego jednak musiałem dla niego przypuścić kwalifikacyę z § 155 lit. a, albowiem poszkodowanego rzeczywiście ręką duszono, zaczem świadczyły okoliczności przez świadków podniesione, jak pewna sinica, charczenie i t. d. Wobec tego uznałem, iż poszkodowany w tej chwili znajdował się w warunkach, które z a z w y c z a j życiu zagrażają, albowiem mógł go był przeciwnik i udusić.

Natomiast równoczesnéj kwalifikacyi dla drugiej zbrodni, mianowicie z § 152, dopatrzeć się w tym przypadku nie mogłem. Jak wiadomo, końcowy ustęp paragrafu tego wspomina ogólnikowo o ciężkiem uszkodzeniu bez żadnych bliższych lub dalszych wskazówek. Lekarzom sądowym więc pozostawioną jest wolność w stosowaniu, lub jak chce kolega K., naginaniu ustępu paragrafu tego — zdaniem mojem jednak w takim razie nim się go nagnie i zastosuje, trzeba jeszcze dobrze i — przymierzyć. Wykonywając czynności sądowo-lekarskie, nie chcę być o fałszywą filantropię posądzonym, ale też i nie zapomnę nigdy słów słyszanych jeszcze za czasów mych studenckich z katedry, mianowicie że lekarz sądowy nie powinien nigdy zapominać o tem, że jest człowiekiem, a w razach wątpliwych orzekać łagodniej. Otóż w naszym przypadku uważałem stosowanie paragrafu tego za rzecz wątpliwą, dowodnie i namacalnie ciężkiego uszkodzenia dopatrzeć się nie mogłem, sprawca zaś i tak miał mojem orzeczeniem przy zastosowaniu § 155 lit. a czyn swój jako zbrodnię skwalifikowany.

Że na tego rodzaju przypadki zapatrują się w podobny sposób i autorowie poważni, tego najlepszy znajduję dowód w dziele Caspra Limana. W kazuistyce pod rubryką *Verletzungen des Halses* opisany jest charakterystyczny przypadek. Starą kobietę w mieszkaniu jej napadnięto zdradziecko, zarzucono jej sznur na szyję, za ten sznur ciągnięto po ziemi, deptano ją nogami, potem zarzucono pościelą i takową podpalono. Autor dzieła badał ją w 12 dni po doznanem uszkodzeniu, a badanie wykazało 1) po prawéj i po lewéj stronie szyi dwie ciemno czerwone na palec szerokie, a do 2 cali długie pasiaste smugi; 2) podbiegnięcie krwią białkówki oka prawego, a cała okolica tego oka blado zielona i obrzmiała; 3) na tyłogłowiu zdarcie przyskórka wielkości 4 groszy i opalone włosy w tej okolicy; 4) świeże rany od puszczania krwi pochodzące na obydwu przegubach łokciowych, który to zabieg przedsiębrano zaraz po uszkodzeniu z powodu stanu nieprzytomnego, w jakim ją znaleziono. Badana była zresztą w czasie przedsiębrania oględzin zupełnie już zdrową. Autor określa doznane uszkodzenia jako takie, które mogły były bardzo łatwo śmierć wywołać i dodaje, ze przypadek ten jest klasycznym przykładem dla austryjackiego § 155 lit. a, nie wspominając jednakże przy tem nic a nic o stosowaniu tutaj § 152 austr. u. k.

U Hofmana wprawdzie nie znajduję tak klasycznego przykładu w tym kierunku właśnie, jednak rady, jakie daje ten autor dla stosowania końcowego ustępu paragrafu (152) są tego rodzaju, iż wzbudzają największą refleksyję. Podnosi on przedewszystkiem trudności dla kwalifikacyi „*schwere Verletzung*“ w § 152, ażeby jednak to wyrażenie ile możności do jakiegoś uchwytnego znaczenia sprowadzić, daje następującą wskazówkę: „In allen Fällen, in denen der schwe„re Charakter einer Verletzung nicht ausgesprochen vorliegt, „empfiehlt es sich zu erwägen, ob die durch eine Verletzung

[1]) Nie przytaczając jednak żadnego poważniejszego przypadku. — [2]) Treści paragrafu jako rzeczy ogólnie znanej nie przytaczam. O narzędziu też nie wspominam, gdyż nie tworzyło ono kwestyi spornej między nami.

„primär oder secundär veranlassten Erscheinungen solche „sind, dass ihre Bedeutung *gleich hoch* angeschlagen werden „kann, wie die übrigen in § 152 als Kriterien „einer schwe- „ren körperlichen Beschädigung“ angeführten Verletzungs- „folgen, nämlich wie eine mindestens 20 tägige Gesundheits- „störung oder Berufsunfähigkeit, oder eine Geisteszerrüttung, „ein Vergleich der mitunter noch am ehesten geeignet ist, „dem Arzt aus der schwierigen Lage herauszuhelfen, in die er „in einzelnen Fällen in Folge der Unklarheit des Gesetzes „gebracht werden kann“.

Na zakończenie jeszcze słów kilka. Jak mianowicie nie mogłem przypuścić, aby sprawa, którą bezpośrednio przed wydaniem orzeczenia zgodnie z kolegą K. omówiłem, mogła się stać przedmiotem spornym przy wydawaniu orzeczenia, tak nie spodziewałem się znowu, abym się miał z nią spotkać na nowo w „Przeglądzie Lekarskim“, iie że kolega K. już na sali sądowéj złagodził swoje zdanie pomimo, że fakta podane przez świadków pozostały faktami. Wyzwany tutaj w szranki nie podejmowałbym rękawicy, gdyby chodziło o rzecz błahą — w orzeczeniach jednak naszych w sali sądowéj rozchodzi się o wolność człowieka, o piętnowanie go zbrodniarzem. Taką sprawę trudno pozostawić bez odpowiedzi tem mniéj, że echo jéj łatwo odbić się może o praktykę sądowo-lekarską w Galicyi przy tego rodzaju jak w mowie będący przypadkach. Z téj przyczyny uważałem usprawiedliwienie się z postępowania mego za konieczne. Prawdziwiebym się cieszył, gdyby niniejsze uwagi zdolały surowość kolegi K. w tłumaczeniu sądowo-lekarskiem naszéj ustawy karnéj choć w części rozbroić.

Jasło w styczniu 1892.

IV. Oceny i sprawozdania.

Terapija.

J. Sznabl: **Silne własności napotne rośliny zwanéj bagnem albo dzikim rozmarynem.** (*Ledum palustre, Rosmarinum silvestre.*)

Autor opisuje odkryte przypadkowo działanie napotne wspomnianéj rośliny i zaleca ją jako działającą szybko i pewnie tam nawet, gdzie inne, więcéj domowe środki napotne zawodzą. Stosował ją w postaci naparu (łyżkę stołową na jednorazową dawkę) w kilkunastu przypadkach, zawsze z dobrym skutkiem. Środek tem o tyle jeszcze zdaniem autora zasługuje na uwzględnienie, że nie wywołuje żadnych ubocznych, a nieprzyjemnych objawów, jak odurzenia, bólu lub zawrotu głowy, nudności, a odznacza się przyjemnym smakiem, to też chorzy z chęcią go przyjmują. Ziele powinno być zbierane podczas kwitnienia, należycie wysuszone i przechowane w suchem miejscu w dobrze zamkniętych puszkach.

Co do składu chemicznego, liście zawierają według Meisnera lotny olejek o ostrym, korzennym smaku, z którego po dłuższym staniu opada swoista kamfora, daléj garbnik, jakąś bliżéj nieznaną istotę gorzką, kilka kwasów organicznych przeważnie lotnych i erykolinę. (*Medycyna* Nr. 36, 1891.) *Dr. Ludomił Korczyński.*

Chirurgija.

Hacker (Wiedeń): **Przyczynek do t. zw. anastomozy jelit.**

Maisonneuve był pierwszy, który wpadł na myśl utworzenia sztucznego połączenia jelit, a najpierw Hacker w r. 1887 wykonał operacyję tę na człowieku. Odpowiednie doświadczenia na zwierzętach odnoszą się przedewszystkiem do jakości użytego w tym celu szwu, a z pomiędzy licznych rodzajów tegoż, szew jelitowy Czernego-Wölflera Rydygiera najwięcéj zyskuje zwolenników. Z doświadczeń dalszych wymienić należy spostrzeżenie Senna, że część jelita wykluczonego z obiegu przez utworzenie sztucznego połączenia zanika.

Salzer połączywszy jelito cienkie z okrężnicą wstępującą, przecina okrężnicę i jelito cienkie poniżéj, a względnie powyżéj ich połączenia, a odcinki zeszywa razem. Wytworzony sztucznie w ten sposób worek, z powodu niemożności dokładnego oczyszczenia go poprzednio z kału, staje się jednak przyczyną nowych procesów zapalnych i śmierci zwierzęcia. Radzi więc jeden koniec odciętego i wyłączonego z obiegu jelita wszyć do rany brzusznéj. Hochenegg wykonywa z dobrym skutkiem myśl Salzera na człowieku z tą poprawką, że nie jeden ale oba końce wyłączonego i przeciętego jelita wszywa do rany brzusznéj. Ułatwia to znacznie leczenie miejscowe od zewnątrz wszytego i chorego odcinka jelitowego a po wyleczeniu go daje możność przywrócenia dawnych stosunków za pomocą powtórnych połączeń.

Autor opierając się na spostrzeżeniach Senna, radzi, aby podobnie jak przy t. zw. gastroenterostomii, nie odcinać wyłączonego z obiegu jelita, lecz wykonać anastomozę na ścianach jelitowych, zbliżywszy je do siebie przez t. zw. boczną appozycyję, t. j. przez przyłożenie ścian ich do siebie. Dobry wynik otrzymał po zabiegu swoim u choréj ze zwężeniem bliznowatem jelita biodrowego i u chorego z rakiem kiszki ślepéj. Zebrawszy z całéj literatury 15 przypadków operowanych według swego sposobu, sądzi, że operacyi téj należy użyć, gdy są: stare blizny zwężające światło jelita, rak nie nadający się do wycięcia (w celu leczenia czysto objawowego), przeszywające zranienia jelit przylegających do siebie, daléj w tych przypadkach przetok kałowych, wgłobień jelit i przepuklin, które są połączone ze znacznemi zrostami jelit z otoczeniem, — a wreszcie wówczas, gdy siły chorego nie pozwalają na inne dłuższe zabiegi. Natomiast sposób ten może być z większą korzyścią zastąpiony sposobem Hochenegga wyżéj wspomnianym tam, gdzie są zwężenia powstałe na tle zapalnem, gdzie jest jeszcze ropienie lub przetoka, mogąca być z większą korzyścią leczona miejscowo przez otwór w jamie brzusznéj. (*Wiener klin. Wschrft.* Nr. 1, 1892.) *Dr. Idziński.*

Hartmann (Zurich): **Leczenie wrzodów żylakowych ichtyolem.**

Według zapatrywań Dra Günthera w Montreux każdy wrzód żylakowy, choćby największy, jest do uleczenia, jeżeli zadość uczynimy dwom wskazaniom. Najpierw musimy grunt wrzodu oczyścić antiseptycznie przez stosowanie *Saloli et Talci āā part. aequal.*, albo przez okłady kreolinowe, powtóre musimy starać się stosunki odżywcze na podstawie wrzodu podnieść przez odpowiednie masowanie. Z chwilą kiedy cała płaszczyzna pokryje się ziarniną, wtedy należy uciskać za pomocą opasek przylepcowych. Jak długiego czasu tego rodzaju leczenie potrzebuje, Dr. G. nie podaje i ogranicza się tylko do wyrażenia, że leczenie jest bardzo żmudne. H. postępuje inaczéj, a do swych celów używa ichtyolu. Najpierw zmywa wrzód zwykłem mydłem i ciepłą wodą. Po zmyciu pędzluje ichtyolem, na to daje watę a na wszystko uciskową pończochę. Chory w ten sposób leczony odrazu może chodzić. Z początku używał H. rozcieńczonego ichtyolu, lecz przyszedł do przekonania, iż najlepiéj zapisywać czysty, jest bowiem skuteczniejszy a nie szkodliwy. W pierwszéj chwili sprawia silne pieczenie, które wkrótce przyjemnemu uczuciu ciepła ustępuje. Opatrunek taki nosi się bez zmiany dni kilka. Jeżeli pacyjent leży w łóżku, to leczenie jest szybsze, leżenie jednak nie jest konieczne, bo jeżeli się nawet chory oddaje pracy, zabliźnienie następuje. Rozległość wrzodu nie odgrywa tu żadnéj roli, ale raczéj długotrwałość jego. Szczególniéj kładzie autor nacisk na sam preparat. Przetworów ichtyolowych mamy bardzo wiele i nie jest obojętne, z jakiéj fabryki go sprowadzamy. Ichtyol z fabryki hamburgskiéj Hermaniego i Spólki był zawsze skuteczny, ichtyol szwajcarski był zawsze bezskuteczny. (*Corr. Blatt f. Schw. Aerzte* Nr. 21, 1891.) *Dr. Mendelsburg.*

Choroby kobiece.

Baker (Davenport w Jowa): **Wewnętrzny krwotok podczas ciąży, dający się łatwo przeoczyć.**

Autor opisuje następujący przypadek: Wezwano go do 40 letniéj, przedtem kilkakrotnie rodzącéj kobiety, będącéj w siódmym miesiącu ciąży, podającéj, że wymiotowała, iż omdlewa i czuje się bardzo osłabioną, nadto skarżyła się na ból w krzyżach, uczucie pełni w miednicy i parcie

na mocz. Osoba ta wyglądała nadzwyczaj niedokrewnie, tętno było bardzo szybkie i słabe; tętna płodu nie można było wyśledzić. Ponieważ Baker nie mógł rozpoznać, przeto musiał się zadowolnić podawaniem leków skrzepiających. Gdy po kilku godzinach powtórnie chorą odwiedził, znalazł macicę na lewo i ku górze okoloną i wypukloną, ujście zaś maciczne było tylko cokolwiek otwarte. Na zasadzie powyższego badania, a obok tego spostrzegłszy u chorėj jeszcze większy upadek sił, otwarł Baker worek płodowy, poczem w pół godziny urodził się płód siedmiomiesięczny, świeżo obumarły. Po oddzieleniu łożyska, odeszło równocześnie mnóstwo wielkich skrzepów krwi. Chora wyzdrowiała, lecz potrzebowała bardzo długiego czasu do odzyskania dawnych sił. W tym przypadku rozchodziło się widocznie o przedwczesne oderwanie łożyska, któremu następnie towarzyszył gwałtowny krwotok do jamy macicy. Przypadki taki, jak powyższy, zaliczają się do bardzo rzadkich. Dopóki chora nie urodziła, rozpoznanie było niemożebne lecz i po porodzie nie umiał sobie B. zdać sprawy, do czego wypada odnieść ów krwotok wewnętrzny, jak o tem świadczy tytuł ogłoszonego przypadku. (*Med. Rundsch.* Nr. 21, 4891.) *Sk.*

Położnictwo.

H o f m e i e r: **W sprawie zapobiegania gorączce połogowėj.**

W dyskusyi nad sposobami zapobiegania gorączce połogowėj wysunięto w ostatnim czasie dwa pytania na plan pierwszy: 1) czy w zakładach naukowych, gdzie się uczą studenci i uczennice, należy znieść lub ad minimum ograniczyć badanie wewnętrzne, czyli badanie przez pochwę i 2) czy należy drogi rodne przed porodem poddawać odwietrzeniu i należytemu antyseptycznemu przygotowaniu?

Na pierwsze pytanie odpowiadają niektórzy autorowie w ostatnich czasach twierdząco — chcą oni wewnętrzne badanie zastąpić zewnętrznem i to nietylko w praktyce prywatnėj ale i w zakładach naukowych. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że czasem bez potrzeby a ze szkodą dla rodzącėj bada się przez pochwę za często, że niekiedy badanie zewnętrzne c i ę ż a r n é j daje tak dokładne wyniki, że czyni zbytecznem badanie wewnętrzne, ale to nie usprawiedliwia zupełnie propozycyi usunięcia lub zniesienia badania wewnętrznego. Przecież również jest pewnem, że czasami badanie r o d z ą c ė j zewnętrzne nie daje zadowalających wyników, że niektóre zboczenia od prawidłowego przebiegu można tylko wybadać przez pochwę. Jeżeli Credé wygłasza zdanie, że w zakładach naukowych rodzących nie należy uważać za materyjał, na którymby uczniowie i uczennice miały się ćwiczyć w badaniu wewnętrznem, i że to badanie, o ile jest wskazane, powinny przedsiębrać osoby bieglejsze we fachu, to nasuwa się pytanie, zkąd się takie osoby bieglejsze wezmą, jeżeli się w badaniu wewnętrznem nie będą jako mało biegłe ćwiczyły. Badanie przez pochwę jest dla początkujących trudne a tak ważne, że go się powinni nauczyć.

Prawda, że zakład naukowy, w którym postępuje się według zapatrywań autora, bierze na siebie większą odpowiedzialność za życie i zdrowie rodzących — ale jedynie tylko cyfry sumiennie zestawione mogą wykazać, czy obowiązek nauczycielski daje się pogodzić z obowiązkami humanitarnemi. Na udowodnienie, że te dwa obowiązki wcale się nie wykluczają, że owszem mogą być obok siebie przestrzegane, przytacza autor statystykę z $2^3/_4$ lat szkolnych z kliniki Würzburgskiėj, który to zakład nie rozporządzający dużym materyjałem kształci wielu lekarzy i akuszerek i to kształci dokładnie w badaniu wewnętrznem. Na 1000 porodów było przypadków śmierci pięć, z tych tylko jeden na zakażenie połogowe. Statystyka niewątpliwie znakomita, a przecież uzyskana w zakładzie, gdzie się nietylko bada wewnętrznie, ale gdzie się na to badanie kładzie nacisk. Naturalnie ręce, któremi się bada, muszą być czyste, umyte bezpośrednio przed badaniem mydłem, szczotką i sublimatem $1^0/_{00}$. Ale i drogi rodne ulegają też dezinfekcyi, po każdem wewnętrznem badaniu wypłukuje się je sublimatem 1 : 2000. Po porodzie obmywa się tylko zewnętrznie srom płynami przeciwgnilnemi, ale nie przestrzykuje się pochwy. Cyfry, które autor przy sposobności przytacza, przemawiają za tem, że profilaktyczne przestrzykiwania dróg rodnych przed porodem zmniejsza znacznie ilość zakażeń połogowych. I, (tak sądzi autor), nie może być inaczėj. Bo jeżeli w chirurgii powszechnie trzymają się zasady, że rana operacyjna powinna być zadana dopiero po dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego, to dlaczegóż niema się oczyścić dróg rodnych przed porodem, który tak często pozostawią po sobie ślady w postaci otarcia lub przerwania błony śluzowėj pochwy i brzegów ujścia zewnętrznego. Przecież w wydzielinie pochwy ciężarnych i rodzących odkryto niewątpliwie chorobotwórcze mikroby, dla których to otarcie i przerwanie staje się furtą, którą dostając się w tkanki wywołują zakażenie. Że połogi przebiegają i bez tych profilaktycznych przestrzykiwań w przeważnėj ilości przypadków pomyślnie, nie dowodzi niczego; jest to sposób rozumowania, stojący na równi z zapatrywaniami starych akuszerek, które całą antiseptykę uważają za zbyteczną. Przecież i przedtem przeważna ilość połogów przebiegała bez zaburzeń. Również nie dowodzą niczego statystyki o małéj ilości cyfr — jedna z takich statystyk poucza, że $9^0/_0$ kobiet nie badanych wewnętrznie i nie przestrzykiwanych a tylko $7^0/_0$ osób badanych wewnętrznie i nie przestrzykiwanych odbyło połóg gorączkowy. Czyż na tėj podstawie wolno utrzymywać, że badanie wewnętrzne jest środkiem ochronnym przeciwko zakażeniu połogowemu?

Artykuł ten dowodzi: 1) że przy należytėj ochronnėj desinfekcyi można ciężarne i rodzące badać wewnętrznie nie wpływając tem wcale niekorzystnie na przebieg połogu, i 2) że ochronne przestrzykiwania dróg rodnych u rodzących są wskazane. (*Deut. med. Wschrft* Nr. 49, 1891.)

Dr Al. Rosner.

Choroby dzieci.

A. B a g i n s k y: **Przyczynek do leczenia błonicy.**

Wobec tego rodzaju cierpienia, jak błonica, niema mowy jak dotąd o środku leczącym w ścisłem tego słowa znaczeniu to cierpienie. Środek taki winienby bowiem: niszczyć prątki błonicowe na miejscu pierwotnego zakażenia bez szkody dla całego ustroju, powinien zapobiegać szerzeniu się błon a wreszcie powinien uniemożliwiać zgubne działanie ogólne prątka błonicowego. Takiego środka leczniczego nie mamy, a chociaż nie jesteśmy już tak bezsilni wobec tėj choroby, jak dawniėj, chociaż badania Löflera i innych (wprawdzie dotychczas dla terapii bezowocne) wskazały kierunek w jakim dążyć mamy, to jednak przeciw największemu niebezpieczeństwu t. j. zakażeniu ogólnemu jadem błonicowym nic zdziałać nie jesteśmy w stanie. Z tego punktu widzenia wychodząc, stosował B. w błonicy cały szereg środków, które dzieli na przeciwgnilne i rozpuszczające błony. Z pierwszych najlepiėj działał: sublimat (1 : 3000 do przestrzykiwań, 1 : 500 do pędzlowań) kwas karbolowy ($3^0/_0$) znacznie gorzėj kw. borowy; z drugich poleca kw. mlekowy, wodę wapienną i papagotinę ($5-10^0/_0$). Wstrzykiwania $3^0/_0$kw. karbolowego w miąsz migdałków, jak również na wzór limfy Kocha przygotowany produkt prątków błonicowych były bez skutku, bez reakcyi miejscowėj lub ogólnėj. Wyniki jakie osiągnął, oblicza na $60^0/_0$ wyleczenia, są to wyniki względnie dobre. (*Archiv. f. Kinderhlkd. Bd.* 14, 1891.) *Dr. Raczyński.*

Choroby weneryczne i skórne.

Prof. N e i s s e r (Wrocław): **Tumenol w dermatoterapii.**

Przetworu tego używa N. od 2 lat w swėj klinice głównie w wypryskach, jakoteż chorobach, którym swędzenie towarzyszy. Dr. Spiegel wytworzył pierwszy tumenol z olejów skalnych z kopalni Messel koło Darmstadtu. Oleje skalne w celu otrzymania przetworów czystych do oświetlania używanych destyluje się za pomocą kwasu siarkowego. Przy tejże destylacyi otrzymujemy połączenia z kwasem siarkowym jako kwas sulfo tumenolowy (*Ac. sulfotumenolicum*) i tumenolsulfon. Pierszy przetwór otrzymujemy, jeżeli olej skalny celem uwolnienia go od kreozotu i kwasów zaprawimy ługiem sodowym, a $70^0/_0$ kwasem siarkowym celem

oczyszczenia z kwasu pyrogalusowego, drugi zaś wytwarza się przy oczyszczaniu tegoż oleju skoncentrowanym kwasem siarkowym. Kwas sulfo tumenolowy jest proszkiem o barwie czarnéj i gorzkim smaku, bez woni, w wodzie łatwo rozpuszczalnym. Kwasy i sole z roztczynu strącają go a znaczna łatwość utleniania się jest głównym jego przymiotem. Pod względem składu i sposobu otrzymania ma najwięcéj podobieństwa do przetworów ichtyolowych, tylko mniéj od nich siarki zawiera, posiada jednak większe własności resorbcyjne i utleniające. Tumenolsulfon zaś przedstawia olej mazisty o barwie czarnéj, w wodzie nierozpuszczalny. Tumenol sam jest połączeniem tych dwóch przetworów (*Tumenolum venale).* Neisser do doświadczeń swoich sporządził sobie na podstawie, że tumenol jest rozpuszczalny w alkoholu, eterze, w wodzie i glycerynie, pewien rodzaj dwojakiéj tynktury według formułki: Rp. *Tumenoli* 5.00 *Aeth. sulf. Spirit. vini. retf. Aq. dest.* albo *Glycerini* aa. 15.00 *MDS.* Tynktura tumenolowa. Po rozsmarowaniu eter i alkohol szybko się ulatniają, pozostawiając cienką powłokę tłustego tumenolu, który posypkę na sobie jeszcze utrwala. Tumenol daje się użyć także w maści, pascie i w kleju cynkowym.

Przymioty tumenolu według doświadczeń Neissera są następujące: 1) Wypryski sączące nie bardzo stare wysusza i zabliźnia w krótkim czasie. 2) Nie sprowadza zadrażnienia skóry, ale przeciwnie wszelkie przekrwienia usuwa. 3) Głęboko nie działa, do usuwania zatem głębokich nacieków się nie nadaje. 4) Znakomicie (przedewszystkiem tynktura eterowo-alkoholowa) usuwa wszelkie swędzenie z jakichkolwiekbądź przyczyn i powodów. 5) Zabliźnia powierzchowne owrzodzenia (*Ulcera cruris*, Ragady). 6) Właściwości przeciwpasorzytniczych nie posiada wcale. 7) Na organizm nie wpływa. Psy i króliki znosiły wstrzykiwania podskórne tumenolu bardzo dobrze.

Co do formy, w jakiéj Neisser przetworu tego używał, to przedewszystkiem zachwala roztczyn wodny 2—5%. Zastępuje on w zupełności Liquor Burovii i jest od niego skuteczniejszy, używany w postaci okładów w przypadkach ostrego wyprysku. Zaleca także pastę 5—10% z *flores zinci* i *amylum* i maść według formułki: Rp. *Tumenoli* 2—5.0, *Flor. zinci, Bismuth. subnitr.* 2.50 *Ung. lenient. Ung. spl. aa* 25.00. *m. f. unguentum.* (*D. m. Wscht.* Nr. 45, 1891).

Otrucia.

Jolles (Wiedeń): O chemicznem zachowaniu się moczu po zatruciach sulfonalem.

Dr. Jolles w przeciągu roku badał 4 razy mocz, który swą czarną barwą uwagę lekarzy zwrócił. Mocz pochodził od 4 młodych kobiet, które 1.0—2.0 sulfonalu dziennie zażywały Dwie z tych kobiet już po téj dawce chęć snu życiem przypłaciły. Dr. Jolles po dokładnem zbadaniu moczu dochodzi do następujących wyników: a) Czarne zabarwienie moczu po zatruciu sulfonalem powstaje skutkiem wytworzenia się hematoporfiryny. b) W celu wykazania tejże, najlepiéj użyć analizy spektralnéj. c) Dobrą kliniczną próbą jest próba Salkowskiego. Barwik strącamy roztczynem alkalicznym chlorku barowego. Strąt zaprawiamy alkoholem kwas solny zawierającym a roztczyn ten odznacza się objawami absorpcyjnemi (*Absorptionserscheinungen*). d) Czy we krwi krążąca hematoporfiryna jest przyczyną śmierci, tego napewne powiedzieć nie można. e) Po zatruciu sulfonalem występuje białkomocz z wałeczkami. f) W moczu takim można zawsze wykryć sulfonal nierozłożony. g) Większa część sulfonalu opuszcza organizm w formie rozpuszczonego kwasu siarkowego. h) Połączeń siarki obojętnych nie można było w moczu udowodnić.

Z tego wynika, że jeżeli po zadaniu sulfonalu mocz czarny zobaczymy, z dalszem podawaniem tego leku wstrzymać się stanowczo powinniśmy. (*W. med. Wschft.* Nr. 49, 1891.)

Dr. Mendelsburg.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 13 stycznia 1892 r.

Przewodniczący prof. Dr. Gluziński. — Obecnych członków 30.

1) Przewodniczący odczytuje listy otrzymane od prof. Brodowskiego z Warszawy i od prof. Laskowskiego z Genewy, wyrażające podziękowanie za wybór na członków honorowych Towarzystwa.

2) W imieniu komitetu wnosi Przewodniczący:

a) podziękować za życzenia jubileuszowe Tow. poznańskiemu i innym, jak Tow. lek. warsz., Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic., Tow. lek. czeskiemu w Pradze, Czasopismu lekarzy czeskich, nadto wszystkim innym osobom i zamiejscowym członkom, którzy o dniu jubileuszu Tow. lek. krak pamiętali, wyrazić publiczne podziękowanie w „Przeglądzie Lek.“. Wniosek jednogłośnie przyjęto.

b) Aby Tow. już dzisiaj zasadniczo uchwaliło myśl, aby w powstać mającéj Izbie lek. w Krakowie Tow. miało swego reprezentanta, w przeciwnym bowiem razie straciłoby Tow. część swego społecznego działania i stanowiska.

W dyskusyi kol. Oettinger zgadza się najzupełniéj z tym wnioskiem, nie sądzi jednak, aby przez utworzenie Izby miało Tow. odpaść zadanie społeczne — twierdzi natomiast, że Tow. tem skuteczniéj będzie stać na straży honoru lekarskiego, skoro będzie mieć swego przedstawiciela w Izbie. — Wniosek przyjęto.

3) Sekretarz stały kol. Kwaśnicki odczytał sprawozdanie doroczne z prac Tow., które i w tym roku swemu celowi w godny sposób zadość uczyniło tak pod względem naukowym jak i obywatelskim.

4) Skarbnik Tow. kol. Zarewicz odczytal sprawozdanie kasowe.

5) Kol Cybulski zdał sprawę z administracyi „Przeglądu Lek.“. — Po interpelacyjach ze strony koll. Wojtaszka i Surzyckiego i po wyjaśnieniach danych przez kol. administratora „Przeglądu“, wnosi kol. Ściborowski imieniem komisyi kontrolującéj przyjęcie sprawozdań i udzielenie absolutoryjum koll. Podskarbiemu i Administratorowi „Przeglądu“, stwierdzając, iż księgi obu kolegów we wzorowym znajdują się porządku. — Wniosek komisyi kontrolującéj przyjęto.

6) Kol. Łazarski zdał sprawę z czynności swych w komisyi sanitarnéj, która na kilku odbytych w r. z. posiedzeniach różne bieżące kwestyje brała pod rozwagę.

7) Kol. biblijotekarz Murdzieński odczytuje sprawozdanie doroczne, upatrując w braku własnego a przynajmniéj odpowiedniego lokalu na pomieszczenie biblijoteki jednę z głównych przyczyn zbyt ograniczonéj działalności biblijoteki.

8) Kol. Korczyński, jako przewodniczący komisyi przemysłowéj, zdał w krótkości ustnie sprawę z czynności komisyi w roku ubiegłym, sprawozdanie zaś szczegółowe, jakkolwiek jest gotowem, z powodu nieobecności sekretarza tejże komisyi odczytanem być nie może.

9) Kol. Trzebicky zdał sprawę z czynności komisyi sprawozdawczéj Virchowa i Hirscha, a na wniosek kol. Oettingera wyraziło Tow. przez aklamacyję uznanie kol. Trzebickyemu za gorliwą i energiczną działalność w komisyi.

10) Kol. Zarewicz w zastępstwie kol. Jakubowskiego odczytał sprawozdanie z czynności komisyi budowy domu dla Tow.

11) Komisya słownikowa nie ukończyła jeszcze swego sprawozdania.

12) Kol. Przewodniczący oddaje pod dyskusyę wniosek kol. Obalińskiego, żądający drukowania corocznej listy członków dla uniknięcia pomyłek w wydawaniu Przeglądu i t. p.

Po wyjaśnieniach ze strony kol. Kwaśnickiego iż lista taka co rok drukowaną bywa, że tylko za rok 1890 było opóźnienie, wniosek został cofnięty.

13) Kol. Oettinger wnosi:

a) Tow. podwyższy subwencyę dla komissyi Virchowa i Hirscha do dawnej wysokości 100 złr.

b) Tow. zaprenumeruje z powyższéj summy 100 złr. roczniki Virchowa i Hirscha.

Kol. Trzebicky wnosi dodatkowo, aby kwotę otrzymaną za sprawozdania a znajdującą się w rękach kol. Podskarbiego zostały mu oddane do rozdzielenia między poszczególnych sprawozdawców. Wnioski przyjęto.

14) Kol. Kwaśnicki poleca następnemu Prezydyum załatwienie sprawy niejednokrotnie już podnoszonej — pragnie mianowicie, by Zarząd funduszu Wdów i Sierot po lekarzach przesélał członkom. Tow. lek. krak. roczne sprawozdania ze stanu tegoż funduszu.

15) Kol. Przewodniczący wyraża w przemówieniu pożegnalném podziękowanie kolegom, którzy swą chętną pracą dla Tow. ułatwiali mu zadanie, zaznacza dodatni ruch naukowo społeczny naszego Towarzystwa nie pomijając i stron ujemnych a mianowicie trudności z jakiemi niejednokrotnie liczyć się musiał przy organizowaniu posiedzeń; dotknął sprawy zbyt pobieżnego spisywania protokołów z posiedzeń — zwrócił się do kolegów, by zechcieli gorliwiej dostarczać dobrych referatów do Przegl. Lek. i z życzeniem, by na rok przyszły już tych ujemnych stron w działalności Tow. nie było oddał godność Prezesa w ręce swego następcy kol. Ponikły.

16) Kol. Domański wyraża ustępującemu Prezesowi podziękowanie za energiczne i gorliwe oddawanie się sprawom Towarzystwa wnosząc, by to uznanie dla kol. Gluzińskiego zapisanem było do protokułu, co też obecni przez akklamacyję przyjmują. Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Rozporządzenie wykonawcze

do ustawy z dnia 2 lutego 1891 (Dz. u. i rozp. kr. Nr. 17), wydane przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym w myśl §. 21 téj ustawy.

(Dok. Patrz Nr. 4.)

C) Postanowienia odnoszące się jedynie do lekarzy miejskich.

α) W miastach, w których obowiązuje ustawa z 13 marca 1889 (Dz. u. k. Nr. 24), jak niemniéj w innych miastach i miasteczkach, w których wedle §. 2 ustawy z dnia 2 lutego 1891 (Dz. u. k. Nr. 17) będą ustanowieni lekarze gminni, obowiązani są lekarze miejscy wykonywać nadzór nad prostytucyją, w myśl rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z 10 października 1888, l. 48,887.

β) Lekarze miejscy są obowiązani leczyć bezpłatnie służbę miejską wszelkich kategoryj i osoby przebywające w aresztach miejskich, nadto badać stan zdrowia szupaśników.

γ) Jeżeli w mieście jest więcéj lekarzy gminnych, Rada miejska rozdzieli czynności między nich, a jednego mianuje lekarzem naczelnym, który jest odpowiedzialny za wykonywanie służby zdrowia w całem mieście.

Rada miejska może powyższą instrukcyję uzupełnić innemi postanowieniami.

Załącznik B)

Statut

stałych komisyj zdrowotnych, z wyjątkiem miast Lwowa i Krakowa.

§. 1.

Stała komisyja zdrowotna jest fachowym organem doradczym.

Jako taki wydaje opinije we wszystkich sprawach, tyczących się zdrowia publicznego, przydzielonych gminom czy to do samoistnego czy przekazanego zakresu działania.

§. 2.

W gminach, w których obowiązuje ustawa z 13 marca 1889 (Nr. 24, Dz. u. kr.) i w tych, które utrzymują własnych lekarzy, a wedle §. 16 ustawy z 2 lutego 1891 (Nr. 17 Dz. u. kr.) ustanowiły u siebie komisyje zdrowotne, przewodniczy komisyi zdrowotnéj naczelnik gminy.

§. 3.

Członkami komisyi zdrowotnéj są:

a) urzędnik przeznaczony przez przewodniczącego;

b) lekarz gminny; jeżeli jest ich w gminie więcéj, lekarz naczelny;

c) 4 do 12 członków, wybranych przez Radę gminną w połowie ze swego grona, a w połowie ze znawców zamieszkałych w gminie. Za znawców uważać należy lekarzy, techników, aptekarzy, nauczycieli itd. Liczbę członków oznacza Rada gminna.

Wedle uznania przewodniczącego lub za uchwałą komisyi może komisyja zdrowotna zaprosić od przypadku do przypadku znawców z poza swego grona.

§. 4.

O ukonstytuowaniu się komisyi zdrowotnéj ma być, z wymienieniem nazwisk członków, zawiadomiony Wydział powiatowy i c. k. Starostwo.

§. 5.

Urząd członka komisyi zdrowotnéj jest honorowy a więc bezpłatny.

Czas urzędowania członków komisyi zdrowotnéj trwa trzy lata. Czas urzędowania członków, wybranych z łona Rady gminnéj, gaśnie z chwilą ustąpienia ich z Reprezentacyi gminnéj. Wybór uzupełniający ma ważność tylko na czas do końca trzechlecia.

§. 6.

Komisyja zdrowotna jest obowiązaną wydawać opinije na wezwanie przewodniczącego, zaś uprawnioną czynić wnioski z własnéj inicyjatywy w sprawach zdrowia publicznego.

Komisyja zdrowotna wydaje opiniją lub czyni wnioski:

a) w sprawie organizacyi służby zdrowia w gminie;

b) o kwalifikacyi kandydatów, starających się o posadę w służbie zdrowia gminnéj;

c) w sprawach mających pod względem sanitarnym zasadnicze znaczenie:

d) w sprawach zarządzeń, mających na celu poprawę stosunków zdrowotnych w gminie;

e) w sprawach publicznych urządzeń sanitarnych, budowli na cele zdrowotne i t. d., o ile wymagają ocenienia ze względów sanitarnych.

§. 7.

Referentem stałym peryjodycznych sprawozdań o stosunkach zdrowia publicznego w gminie jest lekarz gminny. Gdzie ich jest więcéj, lekarz naczelny.

Sprawozdania te ma naczelnik gminy zawsze podawać do wiadomości komisyi zdrowotnéj.

Inne przedmioty przydziela przewodniczący do referowania członkom komisyi zdrowia wedle swego uznania.

Referent przygotowuje sprawę, przedstawia ją na posiedzeniu komisyi i wnosi, jaką o niéj dać opiniję.

Wnioski i opiniję komisyi zdrowotnéj przedkłada przewodniczący Zwierzchności lub Radzie gminnéj do stosownego zarządzenia.

Zarządzenia władz gminnych, przedsięwzięte w skutek wniosków komisyi zdrowotnéj, mają być téj komisyi bezzwłocznie podane do wiadomości.

§. 2.

Komisyja zdrowotna odbywa swe posiedzenia zwyczajne raz na miesiąc. Nadzwyczajne posiedzenie może zwołać przewodniczący z własnej inicyjatywy, ma jednak obowiązek uczynić to na pisemne żądanie trzeciéj części członków komisyi.

Zaproszenia pisemne na posiedzenia, czy to zwyczajne czy nadzwyczajne, rozsela przewodniczący członkom wraz z porządkiem dziennym, trzy dni przed posiedzeniem.

Członkowie komisyi zdrowotnéj są obowiązani zadosyć uczynić wezwaniu przewodniczącego, a w razie nieuniknionéj przeszkody, usprawiedliwić swą nieobecność.

Członkowie, którzy bez usprawiedliwienia nie byli obecni na trzech po sobie następujących posiedzeniach, tracą mandat. W ich miejsce należy zarządzić wybór uzupełniający.

Do ważności uchwal potrzebną jest obecność więcéj niż połowy członków. Uchwały zapadają większością głosów obecnych.

W razie równości głosów rozstrzyga przewodniczący. Mniejszości służy prawo uzasadnienia swego zdania w osobnym wniosku mniejszości.

§. 9.

Komisyja zdrowotna prowadzi protokół podawczy z następującemi rubrykami:

a) liczba bieżąca przedmiotu w komisyi;

b) nazwa strony lub władzy, która sprawę wnosi i liczba jej podania;

c) dzień wniesienia do komisyi;

d) treść przedmiotu;

e) załatwienie.

Oprócz tego prowadzi komisyja zdrowotna protokół obrad, w którym uwidocznione być mają: przedmiot obrad, wniosek referenta, treściwy przebieg dyskusyi i uchwała. Wyciągi z tego protokołu mają być dołączone do właściwego aktu.

§. 10.

Powyższe postanowienia statutu komisyi zdrowotnéj w gminach obowiązują także komisyje zdrowotne w okręgach sanitarnych i w powiatach z tą różnicą, że

a) czynności przekazane w komisyi zdrowotnéj gminnéj naczelnikowi gminy, wykonywa w okręgu sanitarnym przewodniczący, wybrany przez komisyję zdrowotną z grona jéj członków, a w powiecie Prezes Rady powiatowéj;

b) członkami komisyi zdrowotnéj w okręgu sanitarnym są przełożeni obszarów dworskich i naczelnicy gmin należących do okręgu, których Wydział powiatowy w odpowiedniéj liczbie do tego przeznaczy, tudzież lekarz okręgowy;

w powiecie zaś oprócz Prezesa Rady powiatowéj, 4 do 12 członków wybranych przez Radę powiatową w połowie z jéj grona, a w drugiéj połowie ze znawców w powiecie zamieszkałych, tudzież wszyscy lekarze okręgowi powiatu;

e) czynności należące do kompetencyi Rady gminnéj wykonywają w okręgach sanitarnych przełożeni obszarów dworskich i Zwierzchności gmin należących do okręgu; w powiecie zaś Wydział powiatowy. Odpowiednio do tego gaśnie czas urzędowania członków tych komisyj zdrowotnych z chwilą wygaśnięcia ich mandatu do ciała autonomicznego, z którego pochodzą;

d) stałym referentem peryjodycznych sprawozdań sanitarnych jest w okręgu lekarz tego okręgu, a w powiecie lekarz, którego komisyja zdrowotna powiatowa do téj czynności przeznaczy.

c) Przewodniczący komisyi zdrowotnéj okręgowej przesyła wnioski i opinije komisyi Zwierzchnościom gmin i przełożonym obszarów dworskich, których one się tyczą, do odpowiedniego zarządzenia, a Prezes komisyi zdrowia powiatowéj przedkłada je Wydziałowi powiatowemu.

§. 11.

Sprawozdania z czynności komisyj zdrowotnych, czy gminnych, czy okręgowych, czy powiatowych, będą corocznie przedkładane właściwym władzom politycznym i autonomicznym. Protokoły zaś obrad komisyj zdrowotnych będą tym władzom udzielane do przejrzenia tylko na ich żądanie.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 stycznia. Na posiedzeniu odbytem d. 22 b. m. Wydział lekarski Uniw. Jagiell. uchwalił prosić Ministerstwa Oświecenia o wyznaczeniu trzech stypendyjów po 1200 złr. dla młodych lekarzy, kształcących się w przedmiotach teoretycznych, a to w uwzględnieniu tak potrzeb Wydziału lek. krak., jak powstać mającego Wydziału lek. we Lwowie. Na tymże posiedzeniu Wydział uchwalił przedstawić Ministerstwu Dra Stanisława Momidłowskiego, obecnego asystenta przy klinice chorób dzieci, do nominacyi na rok piąty.

* Temi dniami wyszedł zeszyt 7 „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj" pod redakcyją prof. Dra Korczyńskiego i zawiera rozprawę Dra Walerego Momidłowskiego: „O istocie i leczeniu hysteryi". Zeszyt następny zawierać będzie rozprawę Dra Emanuela Rosenblatta: „O leczeniu krztuśca".

* Na ostatniem posiedzeniu Wydział lekarski we Wiedniu zastanawiał się nad elaboratem komisyi w sprawie reformy studyjów i egzaminów lekarskich, i zgodził się pomiędzy innemi na wniosek komisyi, aby na przyszłość słuchacze medycyny byli wolni od t. zw. egzaminów wstępnych z mineralogii, botaniki i zoologii, natomiast mają być obowiązkowemi dla nich wykłady i egzamin z psychijatryi, hygijeny i chorób skórnych, oraz wykłady z laryngologii i otyjatryi. Na wykłady kliniczne mają studenci mieć przystęp dopiero po złożeniu 1-go rygorozum, a do rozpoczęcia praktyki lekarskiéj uznano za potrzebne, aby po złożeniu wszystkich egzaminów przez rok praktykowali w szpitalu.

* Uniwersytet w Genewie przyznał pani Teodorze Krajewskiéj nagrodę 500 franków za pracę fizyjologiczną o odczynach zwyrodnienia, a to na wniosek prof. d'Espina. Donosi o tem *Tribune de Genève* z d. 13 b. m.

* Influenza, która coraz bardziéj przybiera cechy pandemii, w pochodzie swoim obecnie przenosi się z północy na południe. Podczas gdy we Wiedniu i Berlinie w ostatnich dniach zmniejszyła się, wzrosła ona w Monachijum i wystąpiła właśnie we Włoszech północnych, w Hiszpanii, Egipcie i Turcyi.

* W tygodniu 2-im (od 10—16 stycznia) było w Krakowie małżeństw 10, urodzeń 80, skonów 46, z tych z zapalenia płuc 8, z gruźlicy 5, z dławca i błonicy 4, z duru plamistego 3, z duru brzusznego 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Zwyczajny profesor medycyny sądowéj i hygijeny w Insbruku Dr. J. Kratter mianowany został prof. med. sądowéj w Grazu po zmarłym prof. Schauensteinie. — Docent Dr. Jan Bókai mianowany został prof. nadzw. chorób dzieci w Budapeszcie a nadzw. prof. med. sądowéj i hygijeny w Heidelbergu, radzca dworu Dr. Knauff zwyczajnym prof. tamże.

Zamiast rozsyłania biletów noworocznych złożyli w dalszym ciągu na fundusz wdów i sierot po lekarzach, na ręce skarbnika Tow. lekarzy galicyjskich we Lwowie Dra Lachowicza pp. Dr. Wiczkowski Józef ze Lwowa 3 złr.: Dr. Gluziński Lesław ze Lwowa 3 złr., Dr. Ziembicki Grzegorz (syn) ze Lwowa 3 złr., Dr. Dębicki Karol ze Lwowa 2 złr. i Dr. Kossak Leon ze Lwowa 2 złr.

Z Towarzystwa lek. krak.

Sprostowanie. Pomiędzy członkami honorowymi, mianowanymi przez Tow. lek. krak., a wyliczonymi w sprawozdaniu w sprawozdaniu z posiedzenia odbytego d 16 grudnia 1891 r. (Nr. 4 „Przeglądu Lek.") przez pomyłkę opuszczono nazwisko protomedyka Dra Józefa Merunowicza we Lwowie.

Kraków 24 stycznia 1892 r.

Sekretarz *Dr. Opieński.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 3 lutego o godzinie 6téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.)*. Porządek dzienny: 1) kol. prof. Obaliński mówić będzie „o zapaleniu linii przyrostkowéj kości długich u dzieci"; 2) kol. prof. Rydygier: „Kilka słów o ranach przeponowych"; 3) kol. Blatteis: „O plasmodiach zimnicy na podstawie spostrzeżeń w szpitalu św. Łazarza czynionych"; 4) kol. Cercha przedstawi chorą po wycięciu jajników z powodu osteomalacyi i poda uwagi o leczeniu osteomalacyi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 47. **KONKURS.**

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę I-go a względnie II go elewa przy klinice chirurgicznéj z płacą roczną 500 złr. w. a. od dnia 1 kwietnia 1892 r.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 29 lutego 1892 r.

Kraków dnia 23 stycznia 1892 r.

Rydel

Pro dziekan **Wydziału** lek.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 6 Lutego 1892. Nr. 6.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " $1\frac{1}{2}$ "	" $3\frac{1}{2}$ "	" 6 "

I. O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie.

Podał

Dr. W. Łepkowski

b. asystent Klin. chirurg. Uniw. Jagiell.

Nader liczna literatura, jaką znajdujemy w kwestyi badania śliny, tak pod względem jéj składu chemicznego, jako też znaczenia dla ustroju jéj czynności trawienia i wreszcie zachowania się jéj w stanach chorobowych, gubi się pod pewnym względem sama w sobie, nie dając dostatecznéj odpowiedzi mimo tak wielu prac i doświadczeń na mnóstwo zawiłych pytań. G. Sticker[1]) w rozprawie o znaczeniu śliny w stanie fizyjologicznym i patologicznym zestawia nader obfitą literaturę, cytując i omawiając przeszło 200 prac różnych badaczy, którzy podejmowali takowe dla rozświetlenia często zagadkowego zachowania się śliny i jéj składników.

W pracach tych jakkolwiek uwzględnione są tak składniki śliny jako też i znaczenie jéj dla ustroju pod względem trawienia, autorowie prawie żadnéj, albo tylko małą zwracają uwagę na znaczenie ilości wapna w ślinie. I tak Gorup-Besanez[2]) nie przypisuje nawet wapnu w ślinie żadnego znaczenia fizyjologicznego. L. Fredericq[3]) zaś może zanadto wielkie mu przypisuje działanie dodatnie, gdy sądzi, że zadaniem soli wapniowych zawartych w ślinie jest wyrównywanie utraty wapna w zębach, powstałéj bądź przez próchnicę, bądź też przez gryzienie lub wzajemne ścieranie się zębów między sobą. Wynikałoby ztąd, że znaczenie wapna w ślinie jest nader doniosłe, bo idąc w myśl ostatniego autora i przyjmując jego przypuszczenie, musielibyśmy powiedzieć, że bez téj zawartości wapna w ślinie, człowiek zjadłby i zużył w krótkim czasie swoje zęby doszczętnie. Z drugiéj strony, jakkolwiek ilość CaO na 20 cm. sz. śliny wynosi jeden miligram, to jednak dzienna ilość, przyjmując 1500 cm. sz. wydzielanéj śliny na dobę, równa się 75 mgr. Gdyby najszybcéj postępująca próchnica zniszczyła w jednym roku wszystkie zęby, to jeszcze człowiekowi, wytwarzającemu w ślinie rocznie około 279 gr. CaO, ilość ta chyba najzupełniéj by wystarczyła, gdy całe uzębienie tyle nie waży. Jakkolwiek więc twierdzenie Fredericqa nie ma może w zupełności racyi bytu, to jednak na zdanie Gorup Besaneza żadną miarą godzić się nie można, trudno sobie wyobrazić, aby ten stały składnik śliny pozostawał bez żadnego znaczenia dla ustroju, jako nadzwyczajny dodatek; lepiéj powiedzieć, że dotąd nieznamy roli, jaką wapno w ślinie odgrywa, niż składnikowi temu bezpodstawnie przypisać za wielkie znaczenie, lub równać rolę jego ze zerem. Że badania śliny pod tym względem są nader skąpe i niedokładne, łatwo przekonać się można, przeglądając wyniki tychże u różnych autorów.

Zanim jednak przystąpię do omówienia téj sprawy, która jest właściwą treścią niniejszych badań, zastanowić mi się chociaż pokrótce wypada nad ubocznemi rezultatami, które otrzymałem robiąc ilościowe analizy co do zawartości wapna w ślinie różnych osób w rozmaitych stanach fizyjologicznych i patologicznych.

Po uskutecznieniu 32 rozbiorów przekonałem się, że konsystencyja śliny nie jest zawsze jednakową, graniczy ona z jednéj strony z gęstością miodu, a z drugiéj strony nie dochodzi nigdy do płynności wody. Zależy to prawdopodobnie od ilości śluzu w niéj zawartego. Z badanych najgęstszą ślinę posiadali ludzie zupełnie bezzębni, ślina ich jest śluzowatą, ciągnącą się jak miód, kroplami wylewać jéj z naczynia nie można, gdyż za kroplą ciągnie się zaraz nić cała, która raczéj ślinę całą za sobą porywa, niżeli się przecina. Ta własność śliny ludzi bezzębnych sprawiała zawsze trudności w napełnianiu piknometru, gdy w wąskiéj jego szyjce menisk tworzył się zawsze wklęsły, a nie jak zwykle wy-

[1]) *Die Bedeutung des Mundspeichels in physiologischen und pathologischen Zuständen. Deutsche Medicinal-Zeitung* Nr. 1—18 rok 1889. — [2]) Gorup-Besanez: *Physiologische Chemie 2-te Aufl.* — [3]) L. Fredericq *Livre jubilaire de la société med. de Gand* 1884 pag. 2.

pukły, wskutek czego nadzwyczajne trzeba było zachowywać ostrożności i zwykle kilkakrotnie próbować, aby nie wprowadzić baniek powietrznych, a ztąd fałszywie nie oznaczyć ciężaru gatunkowego. Ślina ludzi z mniejszą lub większą ilością zębów nie przedstawiała nigdy w tym kierunku wywybitnych własności. Z łatwością można ją było kroplami oddzielać, a w szyjce piknometru menisk zawsze wypukły bynajmniéj nie utrudniał dokładnego napełnienia. Drugą wybiwybitną różnicą w ślinie osób bezzębnych jest osad, który u nich skąpy, biały i obłoczkowaty osadzał się na dnie naczynia. Resztki pokarmów przy badaniach prawie żadnéj, albo tylko nader małą odgrywały rolę, gdy przed każdym zbiorem śliny jamę ust kilkakrotnie wypłukiwano wodą destylowaną, a to w tym celu, aby uniknąć błędów w analizie z powodu nadmiernéj ilości resztek pokarmów. U osób pod względem uzębienia zdrowych osad na dnie naczynia był zawsze dość spory, niezbity, biały. U osób dotkniętych próchnicą osad był zwykle żółtawo, lub brudno żółto zabarwiony, a ilość jego nie zawsze jednakowa, bynajmniéj nie stała w prostym stosunku do ilości i jakości próchnicy w zębach, owszem częstokroć osad w ślinie człowieka z kilkunastu zębami, dotkniętemi próchnicą, bywał mniejszy niż u człowieka z zupełnie zdrową jamą ust, lub z jednym lub dwoma zębami zajętemi próchnicą.

Oddziaływanie. Badanie, jakie w tym względzie poczynił Hünefeld[1]) doprowadziły go do mylnego może twierdzenia, że normalne i zwykłe oddziaływanie śliny powinno być alkaliczne. Sprawę tą rozbiera bardzo dokładnie w rozprawie swojej: *„Die Bedeutung des Mundspeichels in physiologischen und pathologischen Zuständen“* G. Sticker a z doświadczeń jego ma wynikać, iż oddziaływanie śliny zależy głównie od pory, i tak podczas dnia zwykle ma oddziaływać alkalicznie, w nocy zaś kwaśno, najprawdopodobniej wskutek przez noc rozkladających się i fermentujących resztek pokarmu. Zdaniem Stickera po spożyciu pokarmów, składających się z jarzyn, reakcya alkaliczna jest silniejszą, niż np. po pokarmach, składających się z mięsa. Twierdzenie to nie zgadza się w zupełności z doświadczeniami Leista, który badał oddziaływanie śliny na zwierzętach, u psa, konia i owcy, a tak on, jak i Pflüger i Wright[2]) tylko wyjątkowo kwaśne oddziaływanie u psów znachodzili.

Zdanie Stickera jest poniekąd dziwnem z tego względu, że właściwie powinnibyśmy się spodziewać, że u ludzi tylko mięsem się żywiących prędzéj caries następować by powinna niż u innych. Doświadczenie jednak uczy inaczéj, gdy np. Eskimosi, żywiący się wyłącznie mięsem, nie potrzebują podobno dentystów, a caries ma być dla nich nieznaną chorobą. Korzystając z tego, że w Berlinie znajduje się osobna restauracya dla wegetaryjanów, odszukałem kilku jaroszów, którzy jak twierdzą, od kilku lub kilkunastu lat mięsa zupełnie nie używają. Badałem więc oddziaływanie ich śliny, przyznać się jednak muszę, że ślina bynajmniéj wybitnych różnic w oddziaływaniu od śliny ludzi żywiących się mięszanemi pokarmami nie okazywała i tak samo, jak przy dyecie mięszanéj tak i tu zwykle po obiedzie bywała alkaliczna, późniéj zaś słabo kwaśna, a kwasota ta na czczo zazwyczaj się zwiększala.

Jednakże polegając jedynie na tych kilku próbach, bynajmniéj nie chcę twierdzić, że u ludzi żywiących się jarzynami kwasota się nie powiększa lub zmniejsza, gdyż badania te rozmijają się z celem badań niniejszych, notuję więc tylko fakt, nie zapuszczając się w dalsze jego udowodnienie. Boudet[1]) twierdzi, że reakcya śliny w różnych stronach jamy jest nie jednakową, i tak na górnéj wardze jéj tylnéj powierzchni po dokładnem wyczyszczeniu jamy ust ma być kwaśną, a na dolnéj wardze alkaliczną. Zjawisko to ma według Boudeta pochodzić ztąd, że wydzielina gruczołków błony śluzowej w tych różnych miejscach różne okazuje oddziaływanie. Sticker, który powtarzał te doświadczenia, zaprzecza ich prawdziwości. Kiedym niejednokrotnie próbował fakt ten stwierdzić, mimo bardzo sumiennego oczyszczenia jamy ust, nigdy prawie tego co Boudet wyniku nie otrzymałem. Badając cały szereg chorych w tym kierunku niejednokrotnie znalazłem, że istotnie wynik badania zależeć także może od miejsca, na którem się bada, i tak kiedy otrzymywałem reakcyę alkaliczną, położywszy czerwony papierek lakmusu na języku badanego, kwaśne lub słabo kwaśne oddziaływanie znalazłem w tychże samych ustach, położywszy papierek np. na zębie trzonowym. O ile mnie się zdaje, rzecz to zupełnie jasna, gdy się zważy, że w bruzdach i zagłębieniach zębowych mogą się znajdować resztki rozkładających się pokarmów. Podobnie znajdowałem alkaliczne oddziaływanie śliny, położywszy papierek na dolnych zębach, gdy na górnych spostrzegałem reakcyę kwaśną. Szczególnie wybitnie występowało zjawisko to na czas przed wypłukaniem jamy ust, i tu także nic innego zapewne nie odgrywało roli, jak tylko fermentujące cząstki pokarmów, złożone między zębami i na zębach, których ślina w dolnych częściach zbierająca się alkaliczna zobojętnić nie zdołała. Tem może tłomaczy się, dla czego daleko częściéj nagabywane bywają przez próchnicę zęby szczęki górnéj niż dolnéj. Statystyka jest tego jawnym dowodem. I tak V. Galippe[2]) przytacza nader liczną i ciekawą statystykę w pracy swojéj, zrobioną przez Magitota, z której wypada, że zęby szczęki górnej prędzej i częściéj ulegają téj chorobie, niż zęby szczęki dolnéj. Najbardziéj do przekonania trafia przypuszczenie Wrighta co do oddziaływania śliny, który znajduje ścisły i bardzo logiczny związek pomiędzy reakcyą a procesem trawienia w żołądku, i tak bezpośrednio po obiedzie alkaliczne oddziaływanie śliny będzie silniejsze niż w kilka godzin późniéj, kiedy trawienie ukończonem zostało, co zresztą prawie zawsze skonstatować można. Sticker porównywa to z sprawą, jaką obserwować możemy w moczu, którego kwaśne oddziaływanie, jak to wykazał wspólnie z Hübnerem[3]), a przed nimi Bence Jones (1819), stoi w odwrotnym stosunku do ilości przyjmowanych pokarmów. Próchnica, o ile to zauważyłem, nie ma wybitniejszego wpływu na alkaliczne oddziaływanie saméj śliny, chociaż zdawałoby się może, że w razie większéj ilości karyetycznych zębów ślina kwaśno oddziaływać by powinna. Kiedy badałem ślinę w godzinę lub dwie po obiedzie, oddziaływanie jéj zawsze było alkaliczne, chyba wtenczas kwaśne, gdy papierkiem lakmusu dotknąłem zęba chorobowo zmienionego. Na czczo zazwyczaj spostrzedz było można słabo kwaśne oddziaływanie.

---

[1]) Hünefeld. *Chemie und Medizin*, 1841, tom 2-gi. — [2]) Wright, *Donders in Moleschotts Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen und der Tiere* Bd. II pag. 189, patrz Sticker str. 10. — [1]) *Medical Gazet.* 1842, Vol. I, pag. 873. — [2]) *Recherches sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents.* — [3]) G. Sticker und K. Hübner: *Über Wechselbeziehungen zwischen Sekreten und Exkreten des*

Trzecią z kolei rzeczą, którą przy sposobności uwzględniałem, jest ciężar gatunkowy[1]) śliny, który według starych oznaczeń Siebolda i Hakera wynosić powinien 1,080 a nawet 1,119. Liczby te stanowczo nie zgadzają się z prawdą, ani z rezultatami, jakie otrzymali inni autorowie. I tak w pracy swojéj zestawia Wright[2]) następujące wyniki:

Griedemann i Gmelin: 1,0043
Mitscherlich . . . . 1,006—1.0088
Hünefeld . . . . . 1,0038—1,0066

Sam zaś Wright otrzymał przeciętną z 200 badań 1,0079, a wahania były między 1,0069—1,0089. Frerich na 18 badań między 1,004—1,006. Jak widzimy liczby te są różne, pomijając już nawet wyniki Hallera i Siebolda, których po nich nigdy nikt nie otrzymał.

Zdawałoby się może, że różnica spoczywać tu będzie w jakości badanéj śliny, t. j. czy takową sączono czy nie, W tym względzie znajdujemy prace Jakubowitscha[3]), u którego różnica c. g. w ślinie filtrowanéj i niefiltrowanéj uwidoczniała się zaledwie o 0,0003. Wspomniany autor otrzymał bowiem c. g. śliny niefiltrowanéj 1,0026, filtrowanéj 1,0022, przypuścić więc prawie można, skoro ta różnica tylko tak mała, że przesączanie nie ma zupełnie wpływu na wysckość c. g. Są jednak inne ważniejsze wpływy, a pierwszym z nich jest czas, w jakim ślinę ze względu na przyjmowane pokarmy badamy. Sticker, wykonawszy doświadczenia na sobie, twierdzi, że ciężar gatunkowy śliny na czczo wynosi 1,0024, po obiedzie 1,004, pod noc 1,0045. W tym kierunku podjąłem także badania na sobie samym i znalazłem jak Sticker, że c. g. po obiedzie się wznosi. U mnie było na czczo 1,00091, po obiedzie 1,00263, wieczorem 1,00074. Wydawałoby się więc, iż najwyższy c. g. jest po obfitszem jedzeniu, a najniższy pod noc, gdy w sześć do siedmiu godzin trawienie ukończone zostało. Drugie podobne badanie przeprowadziłem u człowieka, liczącego tąż samą mniéj lub więcéj ilość lat, u którego znachodziła się próchnica. Ciężar gat. u tegoż na czczo równał się 1,00073, po obiedzie 1,0017, pod noc 1,00088, więc zupełnie analogicznie, jak w poprzednich przypadkach. Zresztą co do ciężaru gatunkowego, który mniéj lub więcéj zawsze stoi w prostym stosunku do ilości części stałych na 1000, powiedzieć możemy, że w przeważnéj liczbie przypadków wiek odgrywa pewną rolę i tak starcy i dzieci mają zazwyczaj najniższy ciężar gat., gdy dorośli dosięgają cyfr najwyższych.

Najniższy c. g., jaki znalazłem był u bezzębnego starca i wynosił 0,999073, a najwyższy u 28-letniéj kobiety z nader licznemi zębami dotkniętemi próchnicą i wynosił 1,00393. Przeciętna z wszystkich przypadków równa się 1,001469.

Organismus, Zeitschrift für Klin. Medizin Bd. XII, Heft 1 u. 2.
[1]) Hammerbacher: *Zeitschritt für physiolog. Chemie* Bd. V, Seite 302. — [2]) Mitscherlich: *Dissertatio de salivae indole in nonnulis morbis Berolini.* 1834 — [2]) *Der Speichel. Eckstein's Handbibliothek des Auslandes.* Bd. 2 u. 3. Wien. 1844. — [3]) Jakubowitsch: *De saliva. Dissertatio inauguralis.* Dorpat 1848.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Kilka słów o leczeniu ropotoku opłucnowego (*empyema thoracis*) u dzieci. Nasze wyniki po resekcyi żebra.

Podał
Dr. Jan Raczyński,
sekundaryjusz tego zakładu.

Bezpowrotnie zdaje się minęły czasy, w których wobec ropotoku opłucnowego czekano na wessanie się wypociny, na przebicie dobrowolne tejże na zewnątrz lub do oskrzeli. Obecnie skoro tylko za pomocą punkcyi próbnéj wysięk ropiasty stwierdzimy, bez względu na to, czy powstał on samoistnie czy w przebiegu zapalenia płuc lub innéj choroby, bez względu na to, czy polega on na obecności koków ropnych, czy gruźliczych czy jeszcze innych, zgadzamy się na to wszyscy, że warunkiem nieodzownym racyjonalnego leczenia téj choroby jest wcześnie wykonany zabieg chirurgiczny. Celem naszym w leczeniu tego cierpienia jest odpowiedzieć trzem wskazaniom: 1) nagromadzoną ropę wydalić, 2) zapobiedz jéj powtórnemu nagromadzeniu się, 3) wytworzyć warunki o ile możności najkorzystniejsze do przywrócenia schorzałym narządom prawidłowych stosunków anatomicznych i funkcyj fizyjologicznych.

Z podanych zatem i polecanych sposobów leczenia wybierzemy ten, który najbliższym jest zaprowadzenia nas do celu, najbliższym wypełnienia powyż przytoczonych wskazań.

Wszystkie sposoby leczenia stosowane w tem cierpieniu podzielićby można ze względu na różnice w wykonaniu samego zabiegu chirurgicznego jak i leczenia następowego na:

I) najdawniejszą a obecnie coraz mniéj wykonywaną punkcyję z jéj wszystkiemi odmianami i dodatkami;

II) w pewnem powinowactwie z poprzednią pozostające, ostatniemi czasy podane przez Bülaua t. zw. stałe aspiracyjne osączkowanie (*permanente Aspirations-Drainage nach Bülau*).

III) operacyje radykalne, t. j. szerokie warstwowe nacięcie bez lub z dodatkową resekcyją jednego lub kilku żeber i założeniem sączka na stałe.

Pierwsza polega na wkłuciu trójgrańca w odpowiedni przestwór międzyżebrowy, wypuszczeniu ropy i opatrzeniu przeciwgnilnem. Użycie jéj zaledwie może być przedmiotem dyskusyi — tą drogą nigdy wskazaniom naszym nie odpowiemy. Starano się wprawdzie przez rozmaite zabiegi dodatkowe, jak n. p. wypompowanie ropy, wstrzykiwanie płynów leczniczych do jamy opłucnowéj lub wreszcie przepłukanie tejże jamy płynami przeciwgnilnemi zapewnić jéj trwalszy skutek; rezultaty nie były jednak nigdy godne zaznaczenia; desinfekcyja jamy opłucnowéj zwykle się nie udaje, w tkankach pozostają liczne drobnoustroje ropne i rozpoczynają na nowo swoje działanie a ropa nagromadza się wkrótce w dawnéj ilości. Jak często a jednak z małym skutkiem powtarzać można ten zabieg, dowodzi przypadek o którym wspomina Tschernow[1]), gdzie u dziecka z powodu ustawicznie na nowo gromadzącéj się ropy wykonano punkcyję 122 krotnie.

Zasadą fizyczną metody Bülaua jest lewar. Wykonywamy ten zabieg w następujący sposób: w odpowiedni prze-

[1]) *Jahrbuch f. Kinderheilkunde* Bd XXI, Heft 1 i 2.

stwór międzyżebrowy klatki piersiowéj wkluwamy trójgran o rurce mniéj lub więcéj 6 mm. średnicy, poczem kołec usunąwszy, przez rurkę wprowadzamy do jamy opłucnowéj odpowiednio gruby sączek (5 mm.). Teraz usuwamy rurkę trójgrana a sączek w jamie pozostawiony i na zewnątrz sterczący ustalamy opatrunkiem i łączymy za pomocą krótkiéj rurki szklanéj z wężem gumowym, którego ujście zanurzone jest w naczyniu z płynem antiseptycznym. Wykonanie tego zabiegu, jakkolwiek nie przedstawia żadnych trudności, musi się odbywać z wielką ostrożnością, aby powietrze nie dostało się do jamy opłucnowéj.

Gdy zabieg ten się uda, zyskujemy rzeczywiście wiele, bo nie wytwarzając otoku powietrznego, co bądź co bądź ma swe znaczenie, odpowiadamy w zupełności naszym wskazaniom: zapewnionym jest stały odpływ ropy a w miarę jéj odpływu, gdy w jamie opłucnowéj wytwarza się parcie ujemne, znajduje uciśnione dotąd płuco w wytworzonem obecnie ciśnieniu ujemnem — a więc zupełnie naturalnem — odpowiedne warunki do rozszerzania się i rozdymania.

To są właśnie wysokie zalety tego sposobu; zaraz zobaczymy jego wady.

Wkluwając trójgraniec w przestwór międzyżebrowy, miażdżymy całą warstwę tkanin; w tkankach zmiażdżonych łatwo rozwijają się sprawy zapalne na tle obecnych tutaj drobnoustrojów ropnych, narażamy więc chorego na wytwarzanie się ropni, które przecież obojętnemi dla dalszego przebiegu choroby być nie mogą. Ale większą daleko wadą téj operacyi jest, że wąskie światło sączka łatwo ulega zaczopowaniu częściami stałemi ropy. Wysięk opłucnowy ropny, jak wiadomo, obok ropy płynnéj, w początkowych okresach choroby nawet zupełnie rzadkiéj, zawiera także mniéj lub więcéj zbite skrzepy, nieraz do wielkości orzecha włoskiego dochodzące. Jakże mają one być wydalonemi przez sączek o 5 mm. średnicy? Albo więc zostają w jamie opłucnowéj, dopóki nie ulegną rozpuszczeniu, co czas trwania choroby przedłuża albo, co gorzéj, dostają się do światła sączka, zatykają takowy, wstrzymują odpływ ropy, co chorego na nowe naraża rękoczyny.

Przeprowadzenie tego sposobu leczenia trudne i uciążliwe u dorosłych, jest prawie niemożliwe u dzieci. Chory tak leczony skazany jest albo na stałe leżenie w łóżku, lub też na ustawiczne noszenie z sobą naczynia z płynem, w którem zanurzone jest ujście drenu — a w każdym przypadku unikać winien znaczniejszych ruchów, aby skomplikowany ten mechanizm nie uległ zepsuciu. Trudne to do przeprowadzenia u dorosłych, o wiele trudniejsze, prawie niewykonalne u dzieci.

Hofmokl [1]) mniéj lub więcéj w tych słowach wyraża się o tym sposobie: „zdarzało mi się widywać chorych z wysiękiem opłucnowym ropnym leczonych według metody Bülaua, ostrożnie i trwożliwie się przechadzających. Nosili oni zawsze z sobą naczynie z płynem przeciwgnilnym, w którem zanurzony był dren komunikujący z jamą opłucnową. Chorzy ci sądzili, że w ten sposób zapobiegną dostaniu się powietrza do jamy opłucnowéj, a tymczasem przy kaszlu słyszeć można było szmer powietrza dostającego się swobodnie obok sączka do klatki piersiowéj. Nielepiéj było z odpływem ropy; mała ilość dostawała się przez tę długą rurę do naczynia, podczas gdy znaczna część obok sączka do opatrunku odpływała".

Nie mając w tym kierunku doświadczenia (metody Bülaua nie stosowaliśmy nigdy), nie wiem o ile słuszne jest powyższe zdanie, gdyby jednak tak było, gdyby rzeczywiście tak często powietrze obok sączka do jamy opłucnowéj się dostawało, t. j. gdy osiągnąć się nie da to, co ma być właśnie główną téj metody zaletą, to metoda ta nie miałaby racyi bytu. Wölfler [1]) jednakowoż zaleca sposób ten jeszcze w najnowszym czasie.

Operacyja radykalna polega na szerokiem nacięciu klatki piersiowéj w odpowiednim przestworze międzyżebrowym i założeniu sączka na stałe. Wązkie przestwory międzyżebrowe u dzieci zmuszają nas prawie zawsze do wykonania podokostnowéj resekcyi 2—3 ctm. żebra jednego lub nawet kilku. Technika operacyjna nie przedstawia prawie żadnych trudności, König nazywa ten zabieg łatwym. Półnarkoza chloroformowa, któréj używamy, nie jest niebezpieczną, u dzieci bardzo osłabionych możnaby znieczulać kokainą; operując warstwowo, utratę krwi czyni się bardzo małą, nie potrzebujemy się także obawiać zranienia tętnicy międzyżebrowéj; ropie zapewnimy stały odpływ, czyli jak König porównywa, stwarzamy dla tego ropnia jamy opłucnowéj takie warunki lecznicze, jakie wytwarzamy szerokiem nacięciem dla ropni powierzchownych.

Leczenie następowe jest bardzo łatwe i proste. Przy prawidłowym przebiegu nie należy nawet jamy opłucnowéj przestrzykiwać, gdyż wtedy wytworzone delikatne zlepy opłucny płucnéj z opłucną ścienną rozrywają się, co wyleczenie opóźnia. Wlewanie do jamy opłucnowéj 10% mieszanki jodoformu z gliceryną polecane przez prof. Rydygiera dobre oddaje usługi, zwłaszcza w ropotokach na tle gruźliczem się rozwijających, bo wtedy jodoform działa także swoisto na gruźlicę.

Dwa są główne zarzuty podnoszone przeciw téj operacyi:

1) że wytwarza się otok powietrzny, skutkiem czego płuco będące pod dodatniem parciem atmosfery nie może się rozszerzać, co znów pociąga za sobą jako skutek znacznego stopnia zapadnięcie klatki piersiowéj (*retrécissement thoracique*);

2) że resekując kawałek żebra upośledzamy przyszły rozwój klatki piersiowéj dziecka.

Zobaczymy o ile słuszne są te zarzuty. Płuco zostające aż do chwili operacyi pod wysokiem parciem dodatniem cieczy wypocinowéj, zostaje skutkiem operacyi od tego ucisku uwolnione tak, że obecnie znajduje się ono tylko pod ciśnieniem atmosferycznem; ciśnienie od zewnątrz równa się teraz ciśnieniu od wewnątrz, a więc płuco to znajduje się obecnie w znacznie lepszych warunkach. Schede słusznie przypisuje ściśle po operacyi założonemu opatrunkowi działanie w rodzaju wentyla, który wytwarzając ujemne parcie w jamie opłucnowéj dopomaga rozszerzaniu się płuca. Jako dowód że tak jest, opisuje on przypadek, w którym u mężczyzny ze zdrowemi płucami i opłucną z powodu złośliwego obrzęku wykonał resekcyję kilku żeber i wytworzył w ten sposób sztuczny otok powietrzny. Już w 24 godzin po zabiegu znalazł płuco znakomicie rozdęte, funkcyjonujące, z brzegami rany zlepione.

---

[1]) *Chirurgie der Pleura. Klinische Zeit- und Streitfragen* 1890.

[1]) *Wr. kl. Wschrft*, 1891.

W jednym z naszych przypadków, gdy wykonaliśmy resekcyję żebra z powodu świeżéj wypociny ropnéj po stronie prawéj, i to tak znacznego stopnia, że uciśnięte nią zostało całe prawie płuco z wyjątkiem okolicy szczytowéj, znaleźliśmy w kilka dni po operacyi całe płuco aż do dolnych części doskonale swoją funkcyję spełniające. A więc otok powietrzny rozdęciu się płuca nie przeszkadza, płuco mimo otok powietrzny do stosunków fizyjologicznych powróci, ale tylko wtedy, gdy nie operujemy zapóźno, gdy ono samo w sobie warunki do tego powrotu posiada. Gdy zaś długotrwały ucisk zupełnie powietrze z pęcherzyków płucnych wytłoczy, gdy na opłucny wytworzą się łącznotkankowe zgrubienia, gdy w ogóle zajdą zmiany anatomiczne czy to na opłucny, czy w samym miąższu płuca, tam na powrót do funkcyj liczyć nie możemy, tam wytworzy się z czasem zaciągnięcie klatki piersiowéj a późniéj wykrzywienie stosu pacierzowego. Te jednak przypadki już z góry od leczenia metodą Bülaua są wykluczone, a zatem i z tamtemi porównane być nie mogą.

Zarzut podniesiony na jednym z ostatnich zjazdów chirurgów francuskich przez Oliviera, że pozbawienie dziecka kawałka żebra musi się odbić na dalszym klatki piersiowéj rozwoju, uznać musimy zaledwie w części za słuszny, jeśli zważymy, że resekując podokostnowo nie wykluczamy możności regeneracyi żebra od okostny. König (*Berl. klin. Wschrft* Nr. 10, 1891), twierdzi, że żebro regeneruje się od okostnéj zawsze. Bardzo pouczającym w tym względzie był jeden z naszych przypadków:

Mindla G., lat 5; rozpoznano *empyema thoracis sinistri*, w dniu 5 maja wykonano resekcyję żebra; jamę, jak zwykle pierwszy raz, 3% rozczynem kwasu borowego przepłukano, sączek założono, opatrzono. Gdy w 3 tygodnie późniéj, wśród prawidłowego dotąd przebiegu, sączek z rany się wysunął a wprowadzenie tegoż napowrót z powodu obficie bujającéj ziarniny się nie udało, przystąpiono dnia 5 czerwca do powtórnéj resekcyi tego samego żebra. Przyczem okazało się, że żebro w znacznéj części już od okostny się wytworzyło, zostawiając jeszcze otwór wielkości fasoli, który



z biegiem czasu także z pewnością uległby zarośnięciu.

Ten przypadek wybitnie okazuje niesłuszność powyższego zarzutu i dowodzi nadto, jak niezmiernie szybko ubytek zarasta. Gdyby nawet regeneracyja żebra nie w każdym przypadku miała miejsce, to jednak w każdym razie wytworzy się w tem miejscu tkanina bliznowata twarda i zbita, cechami swemi fizycznemi niewiele różniąca się od podatnego żebra dziecięcego, a więc nie mogąca również znacznych za sobą pociągać następstw. Są przypadki, w których operacyja ta odbije się na rozwoju klatki piersiowéj, a mianowicie wtedy, gdy skutkiem ropotoków bardzo rozległych a zadawnionych, lub rozwijających się na tle gruźliczem, gdzie na powrót funkcyi płuca liczyć nie możemy, wskazanem jest resekowanie kilku żeber. W tych przypadkach jednak nie resekcyja jako taka, ale zmiany w płucach są przyczyną zniekształtnienia klatki piersiowéj, bo wtedy przez przedsięwziętą operacyję chcemy osiągnąć zapadnięcie klatki piersiowéj, aby w ten sposób usunąć jamę ciągle ropę wydzielającą.

Porównajmy wyniki obu tych sposobów leczenia.

Immermann, największy zwolennik metody Bülaua, ogłosił 57 przypadków w ten sposób leczonych, w których osiągnął 49 wyleczeń (84%) bez zaciągnięcia klatki piersiowéj i skrzywienia kręgosłupa, 3 chorych zmarło, u 5 wykonano następową resekcyję żebra.

Napozór wyniki świetne. Jeśli jednak uwzględnimy, że metoda ta wskazaną i wykonywaną jest tylko w ropotokach świeżych z niezbyt gęstą ropą, a przeciwwskazaną w otokach na tle gruźliczem się rozwijających, wypocinach gnilnych lub w tych przypadkach, gdzie wytworzyła się przetoka (*empyema necessitatis*) i otok powietrzny, czyli we wszystkich przypadkach ciężkich i teraz wyniki obu metod porównamy, to operacyja radykalna na tem porównaniu nic nie straci. I tak n. p. ogłosił przed niedawnym czasem König (*Berl. klin. Wschrft* Nr. 10, 1891) wyniki osiągnięte za pomocą resekcyi żebra, które tak się przedstawiają: Na 76 chorych tym sposobem leczonych wyleczono 66, zmarło 10; osiągnięto zatem 87% wyleczenia, a jeśli nadto uwzględnimy, że 8 chorych zmarło z chorób komplikujących (ropnica, gruźlica płuc itd.), przyjdziemy do przekonania, że metoda radykalnego leczenia daje wyniki od wyników metody Bülaua lepsze.

Zachęcony przez prof. Rydygiera i otrzymawszy od niego odpowiednie wskazówki, a od prof. Jakubowskiego łaskawe pozwolenie korzystania z materyjału w szpitalu św. Ludwika, starałem się zebrać stosowne daty i zestawić je, o ile na to pozwalają mniéj lub więcéj dokładnie prowadzone historyje choroby. A chociaż nie możemy się poszczycić znaczną liczbą przypadków, to jednak zestawienie to o tyle może być interesującem, o ile dotyczy wyłącznie dzieci, a właśnie o leczenie tego cierpienia u dzieci najwięcéj są podzielone zdania, najskąpsze daty statystyczne.

Ogółem leczonych było za pomocą resekcyi żebra od r. 1886 44 przypadków ropotoku opłucnowego. A mianowicie było co do wieku:

7 przypadków w 3 r. życia
5 „ w 7 „
po 4 „ w 5 i 2 r. życia
3 „ w 9 r życia
po 2 „ w 1, 4, 6, 8 i 12 r. ż.

Co do płci: 15 chłopców — 18 dziewcząt.

Cierpienie dotyczyło:
w 19 przypadkach strony lewéj,
w 14 „ „ prawéj,
w 1 przypadku stwierdziliśmy wysięk ropny po obu stronach (uleczony).

Przypadki nasze podzielić możemy w miarę ciężkości, czasu trwania choroby, powikłania i t. d. na 3 grupy. I tak było:

1) ostrych, w przebiegu zapalenia powstałych t. zw. metapneumonicznych wysięków ropnych: przypadków 8, uleczone wszystkie.

2) Przypadków cięższych, dłużéj trwających, z innemi chorobami powikłanych, często z wytworzonemi przetokami 22; z tych zmarło 6, uleczonych 16 (jedno dziecko wydano na żądanie rodziców z niezabliźnioną przetoką).

3) Przypadków otoku ropnego na tle gruźliczem 3; z tych uleczony 1, zmarło 2.

Razem na 33 chorych leczonych za pomocą resekcyi żebra zmarło 8, co wynosi 24% śmiertelności.

Na wyniki nasze wpływają ujemnie dwie okoliczności, które, chcąc być bezstronnymi, musimy wziąć pod uwagę: że dostajemy chorych do leczenia zbyt pózno, zwykle wtedy, gdy już po kilkomiesięcznem czekaniu i stosowaniu środków zewnętrznych i wewnętrznych, takowe do celu niedoprowadziły, chorych po długotrwałéj chorobie, gorączkami wyniszczonych, znacznie osłabionych; wreszcie że pewna część dzieci w szpitalu wśród leczenia przebywa choroby zakaźne. Łatwość, z jaką w ogóle chorzy z otwartemi ranami chorobom infekcyjnym podlegają, gromadne skupianie się chorych nieraz z dalekich stron do naszego szpitala przywożonych, tłomaczą nam dostatecznie, dlaczego mimo względnie dość dobrego odseparowania (oddział dla chorób zakaźnych znajduje się w zupełnie osobnym pawilonie, ma odrębnego lekarza, posługę i t. d.), znaczny procent chorych właśnie z oddziału chirurgicznego choroby zakaźne przebywa.

Jeśli zatem te okoliczności uwzględnimy i wziąwszy je w rachubę, odejmiemy 2 przypadki zmarłe skutkiem ropnicy, 2 skutkiem zapalenia płuc w przebiegu o d r y, to i procent naszego wyleczenia znacznie się podniesie.

Z 8 chorych zmarłych, dotyczył wysięk w 4 przypadkach strony prawéj i w 5 strony lewéj. Zmarłe dzieci były w wieku między 1 a 6 rokiem życia. Śmierć nastąpiła w 3 przypadkach w pierwszych 2 dniach po operacyi; w 2 przypadkach (przyczyna śmierci ropnica) w kilku tygodniach po operacyi; w 3 przypadkach (przyczyna śmierci w 1 przyp. ogólna gruźlica, w 2 zapalenie płuc po odrze) przeszło w 2 miesiące po operacyi.

Ilość dni leczenia wynosiła najmniéj 41 dni, najwięcéj dni 137. Średnia ilość wynosiła w przypadkach, które zaliczyłem do grupy I, dni 51, w grupie II i III około 92.

Co do powrotu funkcyi uciśnionego płuca, to o ile mogłem znaleść o tem wzmiankę w mniéj lub więcéj dokładnie prowadzonych historyjach choroby lub o ile miałem sposobność (w 8 przypadkach) sam o tem się przekonać: funkcyja płuca po stronie choréj powracała w zupełności. W niektórych przypadkach stwierdzić można było nawet w najniżéj położonych częściach płuca szmery oddechowe prawidłowe.

Mierzenia obwodu kl. piersiowéj przy wyjściu chorego po stronie choréj i zdrowéj w kilkunastu przypadkach (niestety nie we wszystkich) przedsiębrane i w historyi choroby zanotowane, nie wykazały nigdy większéj różnicy nad 1—3 ctm. Są to różnice bardzo małe, prawie w rachubę nie wchodzące. Przypuścić możemy, że różnice te nietylko z biegiem czasu nie zwiększyły się, ale nawet w tych przypadkach, gdzie powrót funkcyi płuca był zupełny, że i rozwój klatki piersiowéj nie został upośledzony.

Tak się przedstawiają nasze wyniki leczenia ropotoku opłucnowego za pomocą resekcyi żebra, wyniki, które uwzględniając mniéj korzystne okoliczności nazwać musimy zadawalającemi, wyniki, które stwierdzają dowodnie, że w resekcyi żebra posiadamy zabieg, który w danych warunkach prowadzi nas do celu, wskazaniom wyżéj postawionym w zupełności odpowiada.

III. Z zakładu farmakologicznego prof. Dra Łazarskiego.

O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy.

Podał
Dr. Jan Wojtaszek,
asystent tego zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

W tym też celu zrobiłem kilka doświadczeń, w których wstrzykiwałem czyste białko zalkalizowane do krwi. Przy tem pokazało się, że po wprowadzeniu przeciętnie 100 cm. sz. płynu białkowatego do krwi królik doznawał drżenia mięśni, lekkich drgawek ogólnych, podwyższenia ciśnienia krwi; pies zaś oprócz przyspieszenia oddechania nie okazywał żadnych zboczeń. Po odwiązaniu zwierzęcia i zeszyciu rany, przez którą jak i przy wszystkich innych doświadczeniach za pomocą biurety wprowadzano płyn do żyły szyjnéj powierzchownéj, występowało u zwierząt osłabienie, które szybko mijało. Z dalszych następstw była tylko albuminuryja, 2—3 dni trwająca. Aby się więc i tego wpływu białka zupełnie pozbyć, szukałem rozczynnika dla białkanów żelaza a przy rozczynach soli żelazowych, które nie tak łatwo tworzą skrzepy z białkiem, ciała przeszkadzającego powstawaniu tychże. I rzeczywiście z pomiędzy wielu takich środków jak węglan, fosforan, octan sodowy, które tylko pojedyncze białkany rozpuszczały, ogólnemi rozczynnikami dla metali, z wyjątkiem srebra, okazały się winian i cytrynian sodowy.

Jednakże utarte zdanie o solach sodowych, że one działają zachowawczo na tkanki zwierzęce, przy tych dwóch połączeniach okazało się niezupełnie prawdziwem, gdyż najprawdopodobniéj kwas w tych połączeniach zawarty dla ustroju bynajmniéj nie jest obojętnym. I tak: cytrynian sodowy wstrzyknięty pod skórę żabom i królikom, u pierwszych wywoływał w dawce 0·30 objawy porażenne, u drugich w dawce 3—4 gr. drgawki ogólne, powtarzające się kilka razy, objawy paretyczne, rzadko zaś śmierć. Wprowadzony zaś do krwi królików w dawce 1 gr., najwyżéj 1·50, wywoływał śmierć śród ogólnych drgawek i zboczeń w oddychaniu. Objawy porażenne występowały tem prędzéj, im szybciéj środek ten wprowadzano do krwi.

Natomiast winian sodowy okazał się mniéj szkodliwym, bo podskórnie nawet w dawkach bardzo dużych albo nie wywoływał żadnych objawów, albo tylko nieznaczne drgawki, wprowadzony zaś do krwi dopiero w ilości 2—4 gr. wywoływał silne drgawki i oddechowy skurcz.

Jako rozczynnika więc dla białkanów żelaza i jako dodatku do rozczynów wodnych soli żelazowych przeszkadzającego powstawaniu skrzepów we krwi, używałem winianu sodowego jednakże w takiéj ilości, któraby nie wywoływała żadnych objawów ogólnych. Po zrobieniu licznych prób z tym środkiem, przekonałem się, że bez najmniejszéj szkody dla zwierzęcia można wprowadzić wprost do krwi u psów, królików i kotów 1·50 gr., u żab zaś podskórnie 0·10 lub użyć połączenia podwójnego żelaza z winianem sodowym.

Po tych więc doświadczeniach i wynikach wstępnych przystąpiłem do właściwego zadania.

I. Ostre zatrucie żelazem.

Żaby, po wstrzyknięciu do worka limfatycznego 0·03 mlekanu lub winianu żelazawo-sodowego, okazują już po

godzinie wybitne objawy porażenne po przejściowem poprzedniem pobudzeniu. Objawy porażenne utrzymują się aż do dnia drugiego, zresztą potem zupełnie ustępują. Dawki dwa razy większe już po pół godziny wywołują objawy porażenne, po godzinie porażenie zupełne i śmierć. Serce u nich jest porażone i oddziaływa zaledwie na silny prąd przerywany. Żaby w porze letniéj zachowują się odporniéj niż żaby zimowe, kompletne porażenie wywołać się u nich prawie nie udaje, a nawet gdy to się uda, serce bije bez przerwy choć w dość długich pauzach.

Zupełnie podobne objawy występowały po wstrzykiwaniach siarkanu żelazawego, sześciochlorku żelazowego, cytrynianu amonowo-żelazowego, dawki jednakże tych musiały być większe. Obliczywszy na metaliczne żelazo, to dawka zabójcza dla żaby leży między 0·0029 a 0·0042.

Króliki, którym wstrzykiwano podskórnie sole żelaza, okazywały prawie zawsze jednakowe objawy zatrucia, zachodziła tylko różnica co do czasu powstawania tychże. Przeciętnie, jeśli dawka była odpowiednia, objawy otrucia występowały w przeciągu 4—8 godzin po wstrzyknięciu. Średnia dawka dla mlekanu żelaza wynosiła 0·30 czyli 0·0593 Fe na klgr. wagi ciała królika; podobnie rzecz się miała z cytrynianem amonowo żelazowym, pyrofosforanem sodowo-żelazowym; dla siarkanu żelazawego, sześciochlorku żelaza, białkanu tlenku żelaza dyalizowanego, dawka zabójcza nie dała się oznaczyć jużto z tego powodu, że potrzeba było znaczne ilości białkanu żelaza wprowadzić pod skórę, jużto dlatego, iż nawet słabe rozczyny bez białka po poprzedniem zagotowaniu łatwo wywoływały ropnie zgorzelinowe, zapalenie skóry a wessanie było nieznaczne.

U psów i kotów dawki te musiały być niestosunkowo wyższe, większe częstokroć niżby tego się można było spodziewać po ciężarze ciała, przy tem dawkę tylko z trudnością można było oznaczyć dla tych samych spraw zapalnych w skórze, jakie występowały u królików.

W każdym razie dawka zabójcza wahała się w granicach od 1·50—3 gr. mlekanu żelaza lub cytrynianiu amonowo-żelazawego czyli średnio od 0·286 do 0·593 czystego żelaza. Ażeby mieć obraz otrucia solami żelaza po podskórnem wstrzyknięciu przytoczę z licznych doświadczeń tylko dwa, a mianowicie jedno z królikiem, a drugie z kotem.

1) Królik ważący 1170 gr.: o godzinie 12 w południe wstrzyknięto mu pod skórę 8 cm. sz. rozczynu 3% mlekanu żelaza. Do godziny 6 pp. królik zupełnie swobodny, okazuje chęć do jadła, biega żywo, od téj chwili oddechanie przyspieszone, wrażliwość odruchowa nieco mniejsza, osępiałość. Około godziny ½8 ogólne drgawki trwające kilkanaście sekund, powtarzają się 3 razy i wśród kurczowego i coraz bardziéj słabnącego oddechania śmierć. Po szybkiem otwarciu klatki piersiowéj serce kurczy się jeszcze dosyć energicznie. Sekcyja wykazuje świeże wynaczynionki podopłucnowe, zresztą nigdzie żadnych zmian znaleźć nie można. Pod skórą w miejscach wstrzyknięcia żelazo wykazalne wybitnie, mniéj wybitnie w nerkach i wątrobie.

2. Kot ważący 2·060 gr.: o godz. 2 po poł. wstrzyknięto mu pod skórę 18 cm. sz. powyższego rozczynu. Po 2 godzinach osępiałość, osłabienie mięśniowe, mozolne ruchy samowolne, około 8 wieczorem śmierć wśród ogólnych drgawek klonicznych i podrzucań. Sekcyja nie wykazuje żadnych zmian anatomicznych. W nerkach, wątrobie żelazo wykazalne w śladach.

Wstrzykiwania podskórne u psów wywoływały tylko osłabienie ogólne, lekki niedowład kończyn szczególnie przednich i drżenie mięśni. Objaw ostatni występował w krótkich przerwach. Zwykle na drugi dzień wszystkie objawy przemijały, albo w przeciągu kilku dni następowało zupełne wyzdrowienie lub śmierć, któréj jednak przyczyna jest niejasną, gdyż możliwą jest rzeczą, że w wielu przypadkach mogła być wynikiem posocznicy po ropniu gnilnym. — Przy sekcyi prawie we wszystkich przypadkach nie spotkałem silnego nastrzykania błony śluzowéj jelit, który to objaw Williams i Meyer mieli stale widzieć i za ważny podają. Mocz, który był często barwy brunatnéj, podobnéj do fusów, tak za życia jakoteż i po śmierci, gdy w pęcherzu pozostał, prawie stale zawierał białko, moczany w większéj ilości i ślady spostrzegalne żelaza. Podawaniem zaś żelaza wewnętrznie, jużto do żołądka jużto do jelita cienkiego nawet w wielkich ilościach na raz, bo dziennie 3 gr. mlekanu żelaza, lub 5 gr. pyrofosforanu żelaza z cytrynianem sodowym, lub w takiéj saméj ilości cytrynianu żelazawo-amonowego, nigdy nie mogłem wywołać ostrego ogólnego otrucia. Objawy, jakie po takiem wprowadzeniu większej ilości powyższych środków do przewodu pokarmowego występowały, ograniczały się tylko do nieznacznych biegunek i moczu barwy ceglastéj, w którym żelazo w śladach można było wykazać. Również wątroba i nerki zawierały wykazalne ilości żelaza tak siarczkiem amonu, jakoteż zakwaszonym żelasinkiem potasu. Siarkan i węglan żelazawy podawane w małych ilościach wewnętrznie, nie wywoływały żadnych widocznych zmian w ustroju zwierzęcia, dawki zaś większe siarkanu lub sześciochlorku żelaza zabijały czasem zwierzęta skutkiem miejscowych zmian zapalnych.

W tych razach lub gdy zwierzę umyślnie zabito, wykrycie żelaza w nerce lub wątrobie makroskopowo rzadko się udawało, a prawie nigdy nie było można wykryć go w moczu, w którym według Jacobiego powinno się znajdować około 10% do krwi przyjętego żelaza. Dlatego też można przypuścić, że połączenia nieorganiczne dla wielkiego powinowactwa do białka, z jelit tylko w bardzo małej ilości i bardzo powoli ulegają wessaniu. Jak zaś powyższe doświadczenia wykazują, połączenia organiczne ulegają na pewno wessaniu, po ich podawaniu też można się prędzéj spodziewać poprawy w ogólnym składzie krwi, tem bardziéj, że one swym składem chemicznym są najwięcéj zbliżone do połączeń żelaza, jakie przyjmujemy codziennie z pokarmami, a które najzupełniéj wystarczają do utrzymania fizyjologicznéj równowagi żelaza w ustroju.

Znając już szkodliwe działanie przetworów żelaza po wstrzykiwaniu tychże pod skórę, brak zaś jakichkolwiek szkodliwych objawów ogólnych po wprowadzeniu do żołądka, przystąpiłem do wstrzykiwania ich wprost do krwi.

W tym celu wprowadzałem do żyły szyjnéj powierzchownéj tak u psów, jakoteż królików za pomocą biurety kalibrowanéj rozczyn żelaza ogrzany do 35° C. z zamiarem oznaczenia choć w przybliżeniu dawki śmiertelnéj, jakoteż sprawdzenia objawów podanych przez Williamsa i Meyera.

Po licznych próbach i doświadczeniach obok białkanu tlenku żelaza, białkanu sześciochlorku żelazowego, siarkanu żelazawego, pyrofosforanu żelaza z cytrynianem sodowym, winianu sodowo-amonowego, najodpowiedniejszym rozczynem do wprowadzania do krwi wydał mi się mlekan żelazawy w rozczynie 3% z dodatkiem 1—2 gr. winianu sodowego. Przetworu tego używałem najczęściéj obok równie dobrego i prawie tak samo działającego pyrofosforanu żelaza z cytrynianem sodowym z tego powodu, że w tym ostatnim

jako preparacie gotowym miałem niedokładnie znaną mi ilość cytrynianu sodowego; okoliczność to ważna w obec znanego działania tego dodatku, szczególnie, gdy dostaje on się wprost do krwi. Doświadczenia robione z powyższemi środkami doprowadziły już na wstępie do tego wyniku, że sole żelaza są przetworami niestałemi w działaniu na pojedyncze ustroje, te zaś oddziaływają na ich ilość rozmaicie tak, że dawka zabójcza a trująca wahają się w dość znacznych granicach.

Najwybitniéj się to ujawniło przy siarkanie i sześciochlorku żelaza, stale zaś jednakowo działającym okazał się mlekan żelazawy i dlatego też przeważnie go używałem. Pominąwszy jednakże różnice w dawkach trujących a zabójczych, doświadczenia pouczyły, że objawy występujące po wstrzyknięciu podskórnem żelaza pokrywają się z temi, które występują po wprowadzeniu ich wprost do krwi, a więc tak w jednym jak i drugim przypadku są wynikiem swoistego i ogólnego działania żelaza.

Co do wstrzykiwania zaś samego przekonałem się, że objawy otrucia występują tem prędzéj, im większą ilość żelaza wprowadzono do krwi w równym zresztą czasie. Na tę okoliczność zwróciłem uwagę, bo ona naprowadza na myśl, że żelazo musi stosunkowo szybko się wydzielać z ustroju, jeżeli wśród dłuższego czasu użytego na wstrzykiwanie do żyły potrzeba większéj ilości żelaza i ten fakt zdaje się nie ulegać wątpliwości, bo już za życia zwierzęcia można wykazać w jelitach siarczkiem amonu znaczne ilości wydzielonego żelaza, pozostaje jednak zagadką to, co w licznych doświadczeniach się spostrzegało, że żelazo działało zabójczo po wprowadzeniu do krwi czasem bardzo późno, bo często dopiero po upływie kilkunastu godzin.

Z licznych doświadczeń robionych w celu wywołania ostrego zatrucia solami żelaza, po wprowadzeniu ich do krwi, przytoczę tylko ważniejsze.

Zwierzęta do nich użyte były często eteryzowane lub chloroformowane, nigdy zaś kuraryzowane, a to z tego powodu, aby sobie nie zacierać ogólnego obrazu otrucia.

1) Królikowi wstrzyknięto do żyły szyjnéj w przeciągu 2 godzin 60 cc. płynu białkowatego z zawartością 0·085 sześciochlorku żelaza, t. j. około 0·017 Fe. Podczas doświadczenia wystąpiło tylko drżenie kończyn. Po odwiązaniu i zaszyciu rany królik rzeźwy, nie okazuje żadnych zboczeń ruchowych, po kilku dniach rana szyjna zagoiła się zupełnie. Królik żyje daléj.

2) Królikowi wstrzyknięto do żyły szyjnéj w godzinie 30 gr. białkanu tlenku żelaza, z ogólną zawartością żelaza czystego 0·060, oznaczonego przez spalenie. Podczas doświadczenia podwyższenie pobudliwości odruchowéj, drżenie kończyn. Po odwiązaniu znużony, w kilka dni wraca do zdrowia.

3) Królik ważący 2,120 kg.; od $^1/_2$12 do 12 w południe wstrzyknięto mu 40 gr. roztworu białkanu tlenku żelaza dializowanego z zawartością około 0·12 czystego żelaza. Podczas wstrzykiwania oprócz przyspieszenia oddechania i akcyi serca, innych objawów nie zauważono. Po zaszyciu rany szyjnéj i opatrzeniu tejże antiseptycznie nieznaczne osłabienie i zwiększone pragnienie. Po pół godziny osłabienie coraz większe, niedowład najprzód odnóg tylnych, potem przednich, oddechanie z początku przyspieszone potem zwolnione powierzchowne. O godz. 1$^1/_4$ krótkotrwały tężec z wygięciem silnem karku i grzbietu ku tyłowi, po ustaniu tegoż nieregularne drgawki i śmierć. Serce jeszcze bije po ustaniu oddechania, a po otwarciu klatki piersiowéj blisko 1$^1/_2$ minuty.

4) Królik ważący 1·660 kg. Wstrzyknięto do krwi w przeciągu godziny 30 cc płynu białkowatego z ogólną zawartością około 0,0882 Fe. Po odwiązaniu i zaszyciu zupełnie rzeźwy. Już po kwadransie zaczyna słabnąć, przy próbach chodzenia wywraca się, od czasu do czasu występują ruchy wyprostne kończyn. Po następnym kwadransie, wśród którego królik leżał spokojnie i tylko szybciéj oddechał, występuje silne wyprostowanie odnóg, przegięcie grzbietu ku tyłowi, potem nieregularne faliste ruchy mięśni ciała, nieregularny oddech, który zresztą jest nadzwyczaj mozolny a wśród kurczów chwilowo ustaje. Po ustaniu kurczów zupełna bezwładność, brak odruchów nawet rogówkowego, brak oddechu. Po takim stanie bezdechu trwającego kilkanaście sekund, występuje kilka głębokich oddechów terminalnych i śmierć. Serce po otwarciu klatki piersiowéj bije jeszcze dosyć energicznie.

5) Królik ważący 1,250 kg., wprowadzono mu do krwi od $^1/_2$12—12 godz. w południe 5 gr. roztworu 3% mlekanu żelaza, około 0,0291 Fe. Po zaszyciu rany i odwiązaniu, królik zupełnie swobodny. O godzinie 9 wieczór występują lekkie drgawki, oddech przyspieszony, potem silne drgawki kloniczne połączone z podrzucaniem ciała i wydawaniem piskliwego głosu. Objawy te trwają z krótkiemi przerwami około 20 minut i wśród coraz bardziéj słabnącego oddechania śmierć. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

B. Dzierżawski: **O tak zwanej** *Periostitis albuminosa.*

Autor zestawia 27 przypadków tej choroby opisanych dotychczas w literaturze lekarskiej i podaje jej objawy na podstawie spostrzeżeń własnych i innych badaczy. Istotną cechą choroby jest wysięk pochodzenia zapalnego, poprzedzony objawami ogólnego zakażenia ustroju, jak podniesieniem ciepłoty ciała, bolem głowy, ogólnem osłabieniem, któreto objawy z różnem mogą przebiegać nasileniem. Miejscowo spotykamy się ze znaczną bolesnością kości i obrzmieniem dającem następnie guz chełbocący w miejscu zajętem cierpieniem. Wyłącznie przynajmniej w dotychczas znanych przypadkach sprawa ta zajmuje kości długie i rozwija się przeważnie u osób młodych, gdzie kości są jeszcze w okresie wzrostu. Samą sprawę uważa autor bądź jako odmianę ostrego zakaźnego zapalenia szpiku kostnego, bądźteż za spokrewnioną ze sprawą gruźliczych ropni zimnych lub opadowych, z którego to zapatrywania wynika, że nie można jej uważać za odrębną postać chorobową.

Wysięk powstający w tej chorobie nie przedstawia znamion wysięku ropnego, z jakim w wyżej wspomnianych sprawach zawsze się spotykamy, a zawiera znaczną ilość białka i mucyny obok bardzo małej ilości ciałek wypocinowych i innych mniej stałych składników, jak cukru, ciałek czerwonych krwi i t. p. Ważną również jest ta okoliczność, że wykryto w kilku przypadkach w wysięku ropotwórcze drobnoustroje: *streptococcus pyogenes albus i aureus*, co wskazuje na zakaźną podstawę choroby. Brak większej ilości ciałek ropnych w ogniskach t. zw. *periostitis albuminosa* tłomaczy autor w myśl innych badaczy (Schlange) albo słabem nasileniem sprawy zapalnej, albo też rozcieńczeniem znacznego stopnia pierwotnie ropnego wysięku przesączyną surowiczą. Okostnej przypisuje autor zdolność wytwarzania wysięku zawierającego znaczną ilość śluzu i zbija w ten sposób przypuszczenie, jakoby ciałka wypocinowe ulegały w tej formie zapalenia przemianie sluzowej. (Kronika lekarska 1891, odbitka str. 22.)

Adolf Szpanbok: **O zmianie pobudliwości kory mózgowéj po podwiązaniu moczowodów.**

Chcąc rozstrzygnąć pytanie, czy i jakie powstają zmiany w pobudliwości kory mózgowéj po podwiązaniu moczowodów, przedsięwziął autor szereg doświadczeń w tym kierunku na psach. Z doświadczeń tych wynika, że pobudliwość ośrodków kory mózgowéj się zmniejsza. Chodziło jednak jeszcze autorowi o to, czy inne wpływy będące koniecznem następstwem samego doświadczenia, jak spadek ciepłoty ciała, głodzenie

i działanie chloroformu użytego do narkozy nie grają znaczniejszej roli. Na pytanie to odpowiada autor przecząco, robiąc bowiem kontrolujące doświadczenia doszedł do przekonania, że ani głodzenie ani oziębianie zwierzęcia wielkiego wpływu nie wywiera. Głodzenie obniża wprawdzie pobudliwość, ale dopiero po dłuższym czasie; zwierzęta zaś po podwiązaniu moczowodów ginęły w przeciągu kilku do kilku nastu godzin. Podobnie ma się rzecz i z oziębianiem.

Istota podkorowa nie zmienia swej pobudliwości po podwiązaniu moczowodów, powstawanie drgawek w mocznicy wytłomaczyć więc można w ten sposób, że ośrodki korowe tracą coraz bardziej swą pobudliwość i nie mogą wywierać regulującego wpływu na ośrodki podkorowe, które autor jako źródło dla drgawek w mocznicy uważa. (Gazeta lekarska N. 48. 1891.)

Leopold Lubliner: **„Przypadek zaniku twardziela nosa po tyfusie wysypkowym.“**

Opisany przypadek dotyczy chorego z twardzielem rozwiniętym w jamie nosowéj przeważnie prawej. Rozpoznanie zostało sprawdzone badaniem drobnowidowem i bakteryologicznem, które obok swoistych laseczników twardziela wykazało także typową budowę tkanki wytwarzającéj się w téj chorobie. Pomimo usunięcia na drodze galwanokaustycznej nacieku i kilkakrotnego przypalenia galwanokauterem, chory nieznaczną tylko czuł ulgę i to na czas krótki, naciek bowiem szybko powracał i powiększał się.

W niespełna 4 tygodnie po przyjęciu do szpitala dostał chory duru osutkowego, przebiegającego ze znacznym odczynem ze strony chorego, zupełnie jednak prawidłowo; spadek ciepłoty nastąpił 14 go dnia choroby.

Badanie nosa w kilka dni po przełamaniu się choroby wykazywało w znacznej części zanik wybujałości nacieku, chory mógł swobodnie przez nos oddechać, brakowało mu tylko zupełnie węchu.

Pozostałą resztę nacieku wyskrobano ostrą łyżeczką i chory wrócił po dwóch dniach do swych zajęć.

Jako identyczne poniekąd, zbawienne działanie duru osutkowego przytacza autor dwa obserwowane przez siebie przypadki wilka, który ustąpił na krótki czas po przebyciu duru, z czego wnosi, że zarazek duru lub też produkta tegoż wzniecają wessanie nacieków wilka i twardziela, podobnie jak przebyta róża sprowadza niekiedy zanik złośliwych nowotworów. (Gaz. Lek. z r. 1891 Nr. 42.)

Dr. Ludomił Korczyński.

Terapija.

Saalfeld: **Thilanina (lanolina siarczana)**

Thilanina tworzy się przez zadziałanie siarki na lanolinę. Przetwór ten jest trwały, zawiera 3% siarki i przedstawia masę brunatno żółtą o zbitości saméj lanoliny a woni siarki. Wskazania w celu użycia jéj są dość szczupłe, bo prócz tego, że można jéj użyć jako łącznika do różnych maści, to sama skuteczna jest tylko w lekkich dermatozach w zastępstwie lub w celu wzmocnienia maści borowéj, bismutowéj lub czasem maści Hebry. Jako łącznik z innemi maściami łączy się jednostajnie, działanie ich wzmacnia i używał ich Saalfeld ze skutkiem w przypadkach *Herpes*, *Sycosis* etc. Przeciwko swędzeniu skóry w wyprysku guziczkowym, podrażnienia jéj, thilanina stosowana sama, takowe usuwa. Skóry nie drażni. Przeciwwskazana jest w dermatozach zajmujących części włosami pokryte. (*Th. M. Hefte* 1891.)

Levis-Smith (New-York): **O zapobiegawczem leczeniu następstw płonicy.**

Najczęstszemi komplikacyjami w pierwszym tygodniu wśród przebiegu płonicy występującemi jest posocznica i ropień gruczołów limfatycznych przeważnie szyjnych jakoteż *otitis media.* Wystąpieniu ich można zapobiedz częstem przestrzykiwaniem jamy ust i nosa jakimś płynem antiseptycznym. Nowsze badania wykazały, że komplikacyje te sprowadza *bakterium* do *streptococcus pyogenes* podobne, które na błonie śluzowéj tych jam się osadza. Od początku więc wybuchu choroby należy go tępić. Można do tego celu użyć słabego rozczynu sublimatu, albo płynu przez S. doświadczonego według następującéj formułki: Rp. *Acid. boric. Natr. borac. aa.* 10.0, *Natrii chlorat.* 5.0, *Aquae dest.* 500.0. Płynem tym należy jamy te co godzina przepłukiwać. Napady eklamptyczne zdarzają się w początkach przesilenia gorączkowego. Najlepiéj zwalcza się je zimną wodą. Napady te występują często niezależnie od zmian w nerkach. Przeciw nadmiernéj gorączce najlepiéj podawać fenacetynę albo akonit, wystrzegać się zaś trzeba drażniącego nerki kwasu salicylowego. Przeciw objawom nerwowym najlepiéj podawać przetwory bromu. Jako środki podniecające: amoniak, moschus, kamforę. Gościec płonicowy jeżeli nie łączy się z zapaleniem osierdzia, to innéj komplikacyi nie wywołuje. Zapalenie nerek najczęściéj powstaje z zaziębienia. (*Congr. amer. Aerzte* 1891, 23 Sptb.)

Hirschfeld (Franzensbad): **Sztuczne kąpiele borowinowe z borowiny Mattoniego.**

W literaturze lekarskiéj co raz częściéj pojawiają się prace o skutecznéj działalności kąpieli borowinowych przeważnie w chorobach kobiecych. Jestto dowodem, że świat lekarski co raz większego nabiera zaufania do téj metody leczniczéj i to w dziale chorób, które często liczne trudności leczeniu przedstawiają. — Główną zaletę borowiny jest jej siła resorbcyjna, dzięki któréj nawet stare wypociny wessane zostają. Własność ta resorbcyjna polega na silnem zadrażnieniu skóry połączeniami żelaza i kwasów organicznych, skutkiem czego krążenie krwi się wzmacnia a zatem i odżywianie głębszych organów się polepsza. Szczęśliwą była myśl Mattoniego, aby z borowiny naturalnéj tworzyć ług i sól borowinową. Przetwory te posiadają znaczną ilość połączeń żelaza, magnezii i soli, prócz tego kwasy organiczne. — Obecnie też każdy może sobie kąpiel borowinową przyrządzić w domu, iek ten przystępny jest więc i mniej zamożnym. W przypadkach zmian w położeniu macicy kąpiele borowinowe oddają znakomite usługi jako lek pomocniczy, do mechanicznego leczenia metodą Thure Brandta. (*Wr. med. Wschft.* N. 43. 1891.)

Dr. Mendelsburg.

Toksykologija.

Neisser: **Przypadek otrucia sulfonalem.**

Młodzieniec 15 letni, pracujący w składzie aptecznym, zażył w celu samobójczym 100 grm. sulfonalu i jakkolwiek znaleziono go dopiero w 6 godzin potem, samobójstwo się nie udało. Pozostał on przez 90 godzin we śnie bardzo głębokim, ale oddychanie i tętno nie okazywały wybitniejszych zboczeń. Na skórze rąk wystąpiła symetrycznie wysypka guzkowa, a po obudzeniu się mowa i ruchy były niezborne. Po kilku dniach ustąpiły te objawy i chory opuścił klinikę po 8 dniach zupełnie wyleczony.

Wyzdrowienie można tu tylko w ten sposób wytłumaczyć, że sulfonal ulega powoli wessaniu i dosyć szybko się wydziela. Prof. Jaffé w moczu chorego znalazł niezmieniony sulfonal. Z tego powodu w leczeniu podobnych przypadków przedewszystkiem należy baczyć na oddawanie moczu, a mianowicie działać należy moczopędnie. U chorego powyższego osiągnięto doskonały skutek moczopędny za pomocą wlewania letniéj wody do jelit. — (*Deutsch. med. Woch.* 21. 1891.)

Dr. Süsskind.

Choroby wewnętrzne.

Aleksander Stockmann: **Kilka uwag nad sprawami przyrody zołzowéj.**

Korzystając z obszernego, bo około 10,000 przypadków obejmującego materyjału, podaje autor statystykę chorób przyrody zołzowéj uwzględniając przedewszystkiem stronę etyjologiczną tych cierpień. Z dołączonéj do rozprawy tablicy wynika, że dziedziczność zajmuje tu główne stanowisko. Dziedziczność tę dzieli autor na istotną i wrzekomą. Do pierwszej odnosi te przypadki, w których tożsamość choroby daje się wykazać u rodziców. Ona to zajmuje pierwsze miejsce w podanej tablicy: ilość przypadków dochodzi do 6,300, czyli wynosi 66,32% ogólnéj cyfry. Przez dziedziczność wrzekomą rozumie autor tę postać, gdzie u ro-

dziców dzieci zołzowych dają się wyśledzić jużto ogólne cierpienia ustroju, jakoto: kiła, krzywica, blednica, jużteż cierpienia dróg trawienia, lub układu nerwowego. Objęte niem przypadki dochodzą również do pokaźnéj ilości 2,600, stanowiąc 27,37%. W dziale 3 im mieści autor wszystkie przypadki zołzów nabytych, a te znowu, w miarę przyczyny, która je wywołała, dzieli na kilka etyjologicznych poddziałów. I tak najczęściej, bo w 3,36% wszystkich przypadków zołzów, spada wina na osoby karmiące dzieci rodziców zdrowych W poddziale 2 im zamieszcza przypadki zołzów, powstałych skutkiem złych warunków odżywczych i hygienicznych, w 3 im stanowią przyczynę wywołującą przebyte w dziecięctwie ciężkie choroby, do 4° poddziału zalicza autor przypadki, w których żadna z przytoczonych przyczyn wyśledzić się nie dała.

Cały dział 3-ci obejmuje 600 przypadków, czyli 6,31% ogólnej cyfry; małą tę ilość tłomaczy autor tem, że bardzo ściśle śledził czynniki dziedziczne a dopiero przypadki, gdzie nic się w tym kierunku odnaleźć nie dało, zaliczał do działu zołzów nabytych. Że znów dział 1y mieści tak sporą liczbę, pochodzi ztąd, że wliczano weń wszystkie przypadki, gdzie którekolwiek z rodziców dostarczyło małych bodaj dowodów przebytych zołzów.

W dziedziczności wrzekomej gruźlica gra pierwszą rolę, wywołuje ona najcięższe postacie, często z rozpoczynającą się już gruźlicą powikłane i ona to obok kiły dostarcza najwięcej przypadków z niepomyślnem zejściem. Co do udziału rodziców w tym dziale, to w kategoryjach 2 iej i 3-iej wina najczęściej spada na matkę, podczas gdy w 1-ej, 4-ej i 6-ej większy udział biorą ojcowie. Ze względu na wiek granice chorób zołzowych są bardzo rozległe, rozciągają się bowiem od 1 do 50 roku życia, najczęściej jednak nagabują dzieci między 7 a 12 rokiem.

Statystyka ta przedstawia największą wartość wspomnianej pracy, która zresztą uwzględnia jeszcze kazuistykę w ogólnem pojęciu tego wyrazu, podaje przepisy terapeutyczne i hygieniczne w pojedyńczych postaciach zołzów, a nie brak w niej także teoretycznych zapatrywań i wywodów, zaczerpniętych bądź z własnego doświadczenia, bądź też z prac innych autorów. (Medycyna N. 34—37 1891)

Dr. Ludomił Korczyński.

Chemija lekarska.

T o e p f e r (Wiedeń): **O zachowaniu się związków azotowych w moczu wśród raka.**

Müller i Klemperer dowiedli, że chorych na raka nie można utrzymać w. t. zw. równowadze azotowéj, a to z powodu znacznie zwiększonego spalania się związków azotowych. Autor zaś zadał sobie pytanie, dlaczego w moczu osób rakowatych ilość mocznika jest mniejsza pomimo zwiększenia połączeń azotowych, i w jakich połączeniach wydziela się ta zwiększona ilość azotu.

Mozolnej tej pracy dokonał T. porównawczo u 22 osób, między któremi było 9 dotkniętych rakiem, 11 rozmaitemi chorobami a 2 zdrowych, — w ten sposób, że dzielił mocz z 24 godzin na 4 równe części, i oznaczał w 1 szej części ilość azotu według Kjeldahla, w 2 giej ilość mocznika według Mörnera i Sjöquista, w 3 ciej kwas moczowy podług Salkowskiego i Ludwiga, a w 4 tej oznaczał w próżni ilość NH_3 według Wurstera. Dodał następnie otrzymane ilości związków azotowych z 3 ostatnich części, a odjąwszy ilość tę od ogólnej ilości azotu (części pierwszej), — oznaczał ilość azotu w istotach wyciągowych. Doszedł do wyników następujących: Ilość mocznika w moczu osób rakowatych jest zawsze zmniejszona (poniżéj 80%), i to na korzyść istot wyciągowych, które są niezwykle zwiększone (13—20%). Stosunek ten znajduje się już u osób o nieznacznych dopiero zmianach rakowych i jest niezależny od pożywienia. Jakie ma to znaczenie rozpoznawcze, i co to są za istoty wyciągowe, wykaże autor w następnéj pracy. (*Wiener klin. Wochschrift.* N. 3. 1892). *L. Idziński.*

Choroby skórne i weneryczne.

L e v e n (Elberfeld): **Leczenie wyprysku sączącego azotanem srebrowym.**

Argentum nitricum w dermoterapii dotychczas małą odgrywało rolę, w wyprysku nigdy nikt leku tego nie stosował. Autor pierwszy zwraca uwagę na skuteczne działanie rozczynu 1 : 100 w przypadkach chronicznych, niczem nie dających się usunąć, wyprysków sączących. Miejsca sączące pod działaniem okładów tym rozczynem szybko nowym pokrywają się przyskórkiem i ustaje przykre swędzenie. Szczególniéj u dzieci ten sposób leczenia wydał świetne wyniki. U jednego dziecka 8 miesięcznego z sączącym wypryskiem całej główki i twarzy, który wszelkiemu innemu leczeniu stanowczy opór stawiał, okładami z azotanu srebrowego, w przeciągu 8 dni chorobę usunął. Jeszcze szybciéj bo w przeciągu 6 dni uwolnił 64 letnią kobietę od długotrwałego wyprysku. W żadnym leczonym przypadku nie widział zadrażnienia skóry. Autor zachęca dermatologów do częstszego używania azotanu srebrowego w dermatologii, jest bowiem zdania, że lek ten w lecznictwie chorób skórnych niezadługo bardzo ważną rolę odegra. (*D. m. Wschft.* Nr. 48, 1881.)

A r n i n g: **Przypadek** *Pseudoleukaemia cutis.*

Przypadek opisany tyczy się młodéj dziewczyny, która przedstawiała następujący obraz: Gruzełki wielkości soczewicy lub migdałów na końcu nosa, na lewéj górnej powiece i na wardze górnéj. Na bokach szyi jakoteż na kończynach górnych twarde guzy. Większy guzek na podniebieniu twardem i grupa mniejszych guziczków wokoło języczka. Trudno było rozpoznać wilka, brakowało bowiem charakterystycznego wejrzenia téj choroby, prędzéj można było przypuszczać trąd. Guzy były usadowione głęboko w skórze. Tułów i kończyny dolne były od nich wolne. Z innych objawów na uwagę zasługuje przyspieszona akcya serca i mała ilość białka w moczu bez przybłonka i wałeczków. Ponieważ pacyentka była bardzo osłabioną, odstąpiono od kuracyi tuberkuliną Kocha. Wcierki jakoteż jodek potasu bez skutku, 10% maść pyrogalusowa sprowadziła rozpad guza na nosie i późniejsze zabliźnienie, lecz nie na długo, guz bowiem napowrót odrósł. Pacyentka tym razem coraz bardziej chudła i bladła, guzy na ramionach przybierały na wielkości, przy czem skóra je pokrywająca zaczęła sinieć, do przebicia jej lub ropienia nie przyszło. Przy powtórnem badaniu organów wewnętrznych skonstatowano znaczny obrzęk śledziony jako też i gruczołów limfatycznych. Krew badana nie wykazała ani powiększonej ilości ciałek białych ani żadnych mikroorganizmów. Mimo osłabienia wstrzyknięta tuberkulina nie dała żadnéj reakcyi. Rozpoznanie ogólnéj sarkomatozy skóry pozwalało źle rokować Przystąpiono ostatecznie jeszcze do leczenia arszenikowego. Po znacznych dawkach guzy poczęły się zmniejszać a w miejsce ich występowały plamy fioletowe. Ostatecznie wszystkie guzy jakoteż i obrzęk śledziony ustąpiły. Wynik ten przemawia przeciw rozpoznaniu mięsaka a przemawia za leukemią skóry, aczkolwiek jest jeszcze jedna choroba, która podobny obraz przedstawia. Jest nią choroba Hodgkina. Guzy powstają z małych guziczków jak w pierwszym i przez cały ciąg choroby silne sprawiają swędzenie. Objawu tego w opisanym przypadku nie było, chorobę tę więc śmiało wykluczyć można. (*Ber. d. deutsch. dermat. Ges. in Leipzig 1891.*) *Dr. Mendelsburg.*

T a r n o w s k y: **O kile stosu kręgowego.**

Na zasadzie własnych i obcych spostrzeżeń twierdzi autor: 1, że kiła stosu kręgowego objawia się w postaciach zapalenia okostny, zapalenia kości kilakowego, próchnienia kości, wyrośli kostnych i martwiny; 2. że kiła w powyższych miejscach, chociaż nie stanowczo rozpoznana, przecież stosunkowo zalicza się do bardzo rzadkiego cierpienia. Daléj opisuje autor przypadki kiły stosu kręgowego z własnéj praktyki, w których przy zastósowaniu leczenia przeciwkiłowego osiągnięto częścią znaczne polepszenie, częścią zupełne wyleczenie.

W końcu rozprawy podaje swoje zapatrywania, jakiemi się przy rozpoznaniu zapalenia kręgu kieruje. Autor zgadza się *a priori*, że pierwotna grużlica kości zdarza się tylko u osób młodych, będących w rozwoju. U dorosłych może się grużlica tylko następowo w kręgach pojawić i w takim razie można ją najczęściéj z łatwością także w płucach, krtani i t. d. wykazać. Jeżeli u dorosłego z garbem kręgowym, lub innemi objawami próchnienia stosu pacierzowego, nie można żadnych zmian grużliczych w wewnętrznych narządach wyśledzić, wtedy domyśla się autor nowotworu lub kiły. Obecność kilaków na podudziach, lub w ogóle gdzieindziéj jakichkolwiek zmian kiłowych, wyklucza nowotwór. — Jeżli jednak nie można wynaleźć zmian powyższych, to zaleca autor jod i szaruchę a raka, mięsaka i tym podobne wyklucza. Wreszcie nadmienia, iż w niektórych przypadkach można nowotwór rozpoznać bez uciekania się do jodu i rtęci, a mianowicie: z niezwykłego przebiegu, rozwoju i tym podobnych objawów. (*Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1891, H. 3.). *Dr. Skobel.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 lutego. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 3 lutego odbytem 1) kol. prezes Ponikło odczytał reskrypt c. k. Namiestnictwa, żądający od Towarzystwa wydania opinii w sprawie Izb lekarskich, co do siedzib, rozgraniczenia okręgów, grup wyborczych i zapowiedział, że po wypracowaniu projektu przez Komitet, sprawa ta ważna będzie przedmiotem osobnego posiedzenia Towarzystwa. 2) kol. Blatteis młodszy mówił o plasmodiach zimniczych, objaśniając rzecz preparatami mikroskopowemi. 3) kol. Cercha przedstawił chorą po wycięciu jajników z powodu osteomalacyi, odkładając zamierzony odczyt „o leczeniu osteomalacyi“ do jednego z najbliższych posiedzeń. Nad obu przedmiotami toczyła się w obec bardzo licznego udziału członków żywa dyskusyja, w któréj wzięli udział koll: Braun, Browicz, Cybulski, Idziński, Madejski, Opieński, Rosner (jun.), Rydygier, Sroczyński i prelegenci.

* Dnia 26 stycznia odbyła sekcyja rzeszowska Tow. lek. galic. doroczne swoje zebranie, na którem ponownie został wybrany przewodniczącym i delegatem na walne zebranie lekarz powiatowy Dr. Barzycki a jego zastępcą Dr. Witkowski lek. pow. w Łańcucie, sekretarzem zaś pozostał nadal Dr. Bujniewicz. Po załatwieniu dalszych punktów porządku dziennego odbyła się dłuższa pogadanka naukowa, podczas któréj poruszono i przedyskutowano sprawę lutczańską i sprawę częstego pojawiania się w powiecie rzeszowskim ostrego zapalenia języka i mięśni podjęzykowych, z których Dr. Fleszar i Dr. Kraus kilkanaście przypadków szczególnie w porze jesiennéj obserwowali.

* Jeden z lekarzy szpitalnych w kraju zwraca uwagę naszą na potrzebę zmienienia druków szpitalnych, służących do wykazów miesięcznych, prawdopodobnie przed wielu laty ułożonych, a mieszczących w sobie rubryki, które obejmują raczej objawy chorobowe a nie istotę choroby, jak np. *Hydrops, Icterus, Haemoptoe.*

* W tygodniu 3-im (od 17—23 stycznia) było w Krakowie małżeństw 5, urodzeń 61, skonów 63, z tych z grużlicy 15, z zapalenia płuc 11, z dławca i błonicy 8, z innych chorób zakaźnych 6.

* **Wiedeń**. P. Minister spraw wewnętrznych zawezwał wszystkie władze polityczne poszczególnych krajów, aby w myśl ustawy z d. 22 grudnia 1891 o Izbach lekarskich, bezzwłocznie zasięgały zdania towarzystw lekarskich krajowych względem liczby i rozgraniczenia Izb i grup wyborczych w kraju każdym pożądanych, a następnie zdania fachowego rad sanitarnych krajowych i aby na podstawie tych zdań zdały sprawę Ministerstwu o ilości Izb i kół wyborczych w kraju potrzebnych z wyszczególnieniem liczby lekarzy, którzy do każdéj grupy i Izby należeć powinni, z uwzględnieniem należnem stosunków socyjalnych i narodowych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 1: Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek; Matlakowskiego: Dwa dalsze przypadki ciąży zamaciczněj; Trzcińskiego: Kilka słów o leczeniu rzeżączki. — W *Medycynie* (wychodzącéj odtąd pod redakcyją Dra Dobrzyckiego) Nr. 1: Jawdyńskiego: Przypadek znacznéj wielkości włókniaka tłuszczakowego; Sprawozdanie roczne z działalności lekarskiéj zakładu ginekologicznego; Grünbauma: Dwa przypadki ran wielkich naczyń. — W *Gazecie Lek.* Nr. 2: Trzcińskiego: Kilka słów o leczeniu rzeżączki (dok.); Matlakowskiego: Dwa dalsze przypadki ciąży zamaciczněj (dok.); Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 2: Ś. p. Gustaw Fritsche, nekrolog; Sprawozdanie roczne zakładu ginekologicznego w Warszawie: Rybickiego: Kazuistyka sądowo-lekarska. — W *Gaz. Lek.* Nr. 3: Grundzacha: O popiołach normalnego kału; Sawickiego: Przypadek owrzodzeń prostnicy; Pawińskiego: O stósowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 13 Lutego 1892. Nr. 7.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardziela i krtani.

Skreślił

T. Heryng w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Narzędzia używane przy stosowaniu elektrolizy.

Wspomniałem w poprzednich rozdziałach, że przy stosowaniu elektrolizy można działać albo jednym albo dwoma biegunami, a więc uni- lub bipolarnie. Przy metodzie jednobiegunowéj czynną elektrodą będzie igła, którą wkłuwamy w głąb tkanki, podczas gdy druga, bierna, w formie płyty lub krążków różnéj wielkości, metalowych lub węglanych, przykładaną bywa mniéj lub więcéj daleko od elektrody czynnéj i służy dla zamknięcia strumienia. Przy metodzie bipolarnéj czyli dwubiegunowej obydwa bieguny, t. j. katoda i anoda, połączone są z igłami. Igła więc resp. igły stanowią jedno z najważniejszych narzędzi, używanych przy elektrolizie w krtani, gardzielu i nosie.

Igły te, którym nieraz nadają kształt lancetu, różnéj są długości i różnéj średnicy. Wyrabiają je ze złota lub z platyny. Ponieważ jednak platyna okazała się zbyt miękką, posługują się zwykle alijażem platyny z *iridium*, który daje igły ostre, twarde, nie wymagające częstéj zmiany. Odpowiednio do organu, w którym chcemy stosować elektrolizę, igła osadzoną bywa w rozmaity sposób w tak zwanych hal terach czyli rączkach. W jednych igły przymocowane są stale, w innych znów łatwo dają się umocować za pomocą szyberków lub śruby. Każda rączka (Fig. I.) opatrzona jest nasadką metalową, do któréj przymocowywamy biegun, mający być użytym i połączony z bateryją.

Uwzględnię w tem miejscu tylko te narzędzia, których używamy w laryngologii i rynologii. Większa ich część podaną została przez Voltoliniego. Niektóre z nich (przeznaczone do elektrolizy w gardzielu i jamie nosogardzielowéj) są pomysłu Kafemanna.

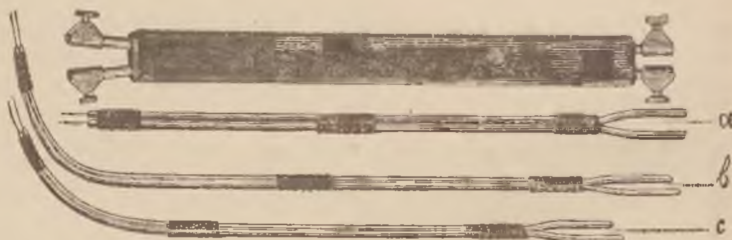


Fig. I.

Zanim przystąpię do ich opisu, winienem jednak dodać, że przy użyciu metody jednobiegunowéj posługuję się również kauterami i rączkami, używanemi do galwanokaustyki, których końce platynowe w formie główki lub krążka (tępe), albo też w formie igły lub noża, dobrze nadają się do tego celu.

Elektrodę bierną bardzo praktyczną stanowi metalowa płyta, zgięta w formie rynny, opatrzona taśmami, któremi przymocować ją można do ramienia lub przedramienia. Na zewnętrznéj powierzchni téj elektrody znajduje się w środku słupek metalowy, przeznaczony dla połączenia bateryi z przewodnikami.

Elektrody stosowane w krtani, nosie i gardzielu, pomysłu Voltoliniego (fig. I a, b, c) mają, jak to widać z rysunków, taką samą formę, jak galwanokaustyczne żegadła (fig. 1 a). Różnica polega tylko na tem, że podczas gdy w narzędziach galwanokaustycznych przewodniki metalowe w jednym końcu posiadają armaturę z platyny, która łączy z sobą dwa bieguny, narzędzia elektrolityczne kończą się oddzielnemi platynowemi igłami.

Przewodniki metalowe muszą być dokładnie izolowane albo za pomocą cienkich listewek z kości słoniowéj albo za pomocą zwojów jedwabiu, powleczonego kauczukiem lub lakierem. Przewodniki metalowe stosownie do potrzeby bywają umieszczone albo obok albo nad sobą, jak to widać z pomieszczonych poniżéj rysunków.

Podczas kiedy igłami posługujemy się dla zniszczenia większéj nieraz przestrzeni, do przypalania powierzchownego owrzodzeń lub niewielkich guziczków w krtani, służą tak zwane elektrody strzemionkowe, podane przez Kafemanna (fig. 2) a wyrobione z platyny.

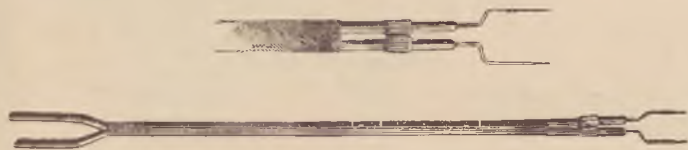


Fig 2.

Są one dosyć drogie, pożytek z nich niewielki, zastąpić się dają modyfikacyją narzędzi mojego pomysłu, do których opisu teraz przystępujemy. Stosując elektrolizę zarówno w cierpieniach nosa, jamy nosogardzielowéj, jakoteż gardziela i krtani, przyszedłem do przekonania, że jedną z ważniejszych przeszkód dla rozwoju elektrolizy są drogie, liczne i skomplikowane narzędzia. Starałem się więc przedewszystkiem uprościć ich budowę i kazałem sporządzić dwa typy uniwersalnych elektrod, któreby mogły zastąpić różnorodne formy igieł, kauterów i płytek platynowych.

Elektroda przeznaczona do operacyi w nosie i gardzielu, składa się, jak to widać z rysunku (fig. 2), z dwóch przewodników metalowych obok siebie ułożonych, w jednym końcu zgiętych pod kątem, w drugim opatrzonych w stalowe haltry, służące do umocowania zarówno igieł platynowych, jakoteż płytek lub platynowych strzemiączek. Korzyści tych narzędzi są następujące: Igły możemy dowolnie w haltry wsuwać lub z nich wysuwać, a przez to mniéj lub więcéj głębokie w tkankach wywołać zniszczenie. Nadając igle zagięcie kątowe, jak to widać na fig 3 e, f, możemy odległość igieł od siebie zmieniać; wreszcie zginając obie igły platynowe pod kątem prostym, możemy w krtani wkłuwać n. p. w struny fałszywe lub boczne części krtani. Urządzenie takie pozwala n. p. wdrążyć głęboko w zatokę Morgagniego, bez obawy zniszczenia strun prawdziwych.

Chcąc przypalać górną powierzchnię strun prawdziwych, nasuwamy w końce elektrody dwie nasadki platynowe formy trójkątnéj, przymocowane do platynowego drucika (fig. 3 a).

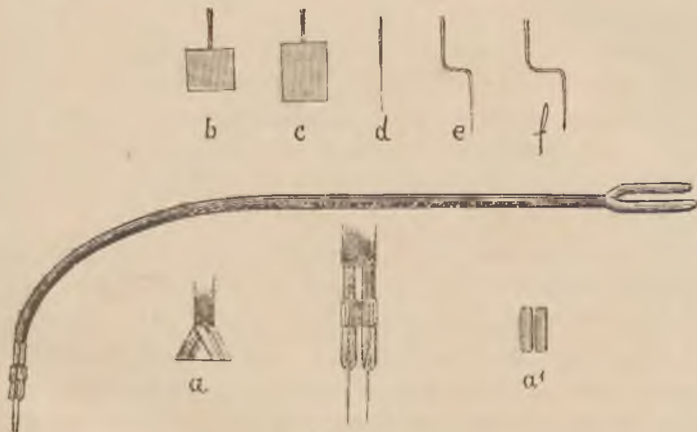


Fig. 3.

Jeżeli nam chodzi o przypalenie owrzodzeń bocznych strun głosowych, to w halter zewnętrzny wsuwamy elektrodę platynową w formie blaszki na 1 ctm. długiéj, na $^1/_2$ ctm. szerokiéj (fig. 3 b), podczas gdy przewodnik zewnętrzny do struny fałszywéj zwrócony, uzbrojony jest powyżéj opisaną strzemiączkową elektrodą. Z tego układu wynika, że dla prawéj lub lewéj struny głosowéj te same dwie armatury użyć się dają; należy tylko zmienić wzajemne ich położenie, t. j. dla struny prawéj płytka platynowa zajmie stronę prawą, dla struny lewéj, lewą stronę narzędzia trzymanego w ręku tak, jak się je do krtani wprowadza. Jedno więc ramię działać będzie na górną powierzchnię struny, drugie zaś na brzeg jéj zewnętrzny. Elektroda taka opierając się na dwóch punktach nie zsuwa się podczas działania nawet gdy chory się krztusi, a efekt leczniczy, jak to zobaczymy późniéj, jest nader silny.

Elektroda, przeznaczona do krtani, ma zwykłe zagięcie narzędzi krtaniowych i jest dość giętką, aby przez odpowiednią zmianę krzywizny służyć mogła i do niszczenia guzów lub wyrośli w jamie noso-gardzielowéj. Rączka opatrzona kontaktem, służy do osadzenia obydwóch tych narzędzi i łączy się z bateryją za pomocą sznurów (przewodników). Strzemionka możemy osadzić w elektrodzie albo obok siebie, gdy chcemy działać na brzeg nagłośni, brzeg górny więzów bocznych lub na struny prawdziwe, albo nadajemy strzemion kom przez zgięcie drutów, na których są osadzone, pod kątem prostym taką pozycyję, aby służyć mogły do przypalenia tylnéj ściany krtani lub tylnéj powierzchni nagłośni. W pierwszym razie podstawy obydwóch trójkątów zwrócone są ku przodowi, w drugim razie ku tyłowi, co daje możność zastosowania elektrolizy do wszystkich okolic krtani. Forma trójkątna czyli strzemiączkowa dlatego została użytą, aby widzieć dokładnie działanie narzędzia, miejsce, zastosowanie i ocenić natężenie sprawy ze zbielenia tkanki i ilości piany wytwarzającéj się na elektrodach. Elektrody innéj formy zakrywałyby miejsce działania, muszą więc być trójkątne i odstawać od przewodnika metalowego na kilka milimetrów.

Za pomocą kommutatora możemy dowolnie zmieniać kierunek strumienia, t. j. działać anodą lub katodą. Przeważnie jednak posługujemy się katodą z powodu silniejszego jéj działania. Opisu pętli elektrolitycznéj Voltoliniego, zarówno jak i jego kleszczy nie podaję w tem miejscu, gdyż okazały się w praktyce bezużytecznemi.

Wypada teraz kilka słów poświęcić saméj technice operacyjnéj, a zatem uwzględnić i metody znieczulenia błony śluzowéj organów, w których operacyję elektrolityczną wykonać zamierzamy.

Samo się przez się rozumie, że w nosie i jamie nosogardzielowéj pędzlowania roztworem kokainy 10%—20% w większości przypadków zupełnie wystarczają. U osób nerwowych, do zemdleń skłonnych, u dzieci i kobiet roztwory silniejsze nad 10% mogą wywołać objawy zatrucia. Ma to miejsce głównie wtedy, jeżeli pewna część roztworu kokainy ścieka do gardziela i zostaje połkniętą, albo jeżeli bez potrzeby kilkakrotnie pędzlowanie zostało powtórzone. Również przyczynia się do łatwiejszego wystąpienia objawów zatrucia pędzlowanie krwawiącéj błony śluzowéj, przez co resorbcyja leku zostaje ułatwioną. W ogóle zatrucie kokainą przy pędzlowaniu błony śluzowéj nosa dlatego występuje tak łatwo, że jak to wykazali Kay i Retzius, naczynia limfatyczne błony śluzowéj nosa łączą się z przestrzeniami limfatycznemi opon mózgowych.

O injekcyjach miąższowych kokainy i ich działaniu pisałem w innem miejscu i do pracy téj czytelnika odsyłam. Nadmienię tylko, że dotąd po injekcyjach ani razu objawów otrucia nie spostrzegałem; przypominam nadto ciekawy fakt przezemnie opisany, że po wstrzyknięciu roztworu 19% ko-

kainy w tylną ścianę krtani, t. j. pomiędzy chrząstki Santoriniego, już po 2 minutach następuje znieczulenie podniebienia, języczka, tylnéj ściany gardziela i jamy nosogardzielowéj.

W razie objawów otrucia, najczęściéj występującego jako zemdlenie, najszybciéj działają jako odtrutki mocne wino, koniak. nadanie choremu położenia poziomego, wąchanie kilku kropel amyl-nitrytu, jak również czarna kawa.

Dla znieczulenia krtani wystarcza niekiedy pędzlowanie błony śluzowéj roztworem 20% kokainy, a w razie słabego działania miąższcwa injekcyja kokainy w kilku naraz punktach. Wystarcza wstrzyknąć trzy podziałki podanéj przezemnie strzykawki.

Jako ogólną zasadę przed stosowaniem elektrolizy w krtani przyjąć należy, ażeby chory był do badania lusterkiem zupełnie przyzwyczajony, zarówno jak do narzędzi, głównie zaś do pędzelka z kokainą, do sondy itd.

Oddech powinien być swobodny, miarowy; stan chorego o tyle normalny, ażeby spokojem i silną wolą pomagał operatorowi. Nie należy bowiem zapominać, że operacyje elektrolityczne w krtani wymagają dłuższego czasu od innych, jak n. p. łyżeczkowania lub użycia galwanicznego żegadła. Chory powinien być przez lekarza uprzedzony, aby nagłem szarpnięciem głowy w tył lub na bok nie wywołał zboczenia narzędzia, względnie nagłego przerwania strumienia, co sprowadza zawsze nieprzyjemne dla chorego wstrząśnienie.

Bardzo przydatne do tych operacyj są oparcia do głowy chorego podobne do tych, jakiemi się posługują fotografowie lub dentyści. Używając jednobiegunowego strumienia jako czynnego, należy elektrodę płaską (bierną) dokładnie zwilżyć, odpowiednio zgiąć i silnie przymocować za pomocą tasiemek do lewego przedramienia pacyjenta.

Galwanometr powinien być tak umieszczony, aby operujący mógł sam odczytać siłę strumienia, oznaczoną w miliampereach. Powiększanie siły strumienia za pomocą reostatu należy powierzyć asystentowi, który stopniowo, wyłączając opory, za pomocą ruchu korby, powiększa strumień prawą ręką, podczas gdy lewa podtrzymuje przewodniki idące od bateryi do elektrod. Na sekundniku należy notować czas trwania elektrolitycznéj operacyi. Wzmacnianie strumienia powinno odbywać się powoli, zgodnie ze wskazówkami operatora. Igły wyjmują się z krtani dopiero z chwilą, gdy natężenie strumienia = 0. Również dopiero po wprowadzeniu igieł w głąb tkanek należy rozpocząć elektolityczne działanie.

Niezbędną jest rzeczą przed każdą elektrolityczną operacyją wypróbować siłę bateryi na kawałku mięsa i zapamiętać, przy jakiem natężeniu strumienia następuje widoczny dla oka rozkład tkanki, t. j. jéj bielenie i wytwarzanie się pęcherzyków gazu. Kierować się li tylko, jak to utrzymywał Voltolini, makroskopowemi zmianami tkanek, o których dopiero co wspomniałem, jest rzeczą niewłaściwą. Niekiedy tam, gdzie rozkład widoczny następuje już przy 20 M. A., nie potrzeba używać 40; naraża się bowiem przez to chorego na otrzymanie silnego uderzenia, które może w razie przypadkowego przerwania prądu wystąpić. Galwanometry więc są konieczne, pomimo że ścisłe dozowanie elektryczności przy ich pomocy nie jest jeszcze możliwe, o czem w części fizycznéj już była wzmianka.

Zanim zgodnie z nakreślonym tu programem rozwinę na mocy własnego doświadczenia zasady stosowania elektrolizy w cierpieniach pierwszych dróg oddechowych, muszę w kilku słowach wspomnieć o wynikach leczniczych i wskazaniach do użycia elektrolizy, podanych przez innych autorów. I tak, w nosie zalecali ją wobec wszelkich procesów przerostowych błony śluzowéj Voltolini, Kafemann, Kuttner, Cozzelino; przy skrzywieniach przegrody nosowéj Garel, Miot, Botey, Flatan. W *rhinitis atrophica* zalecał ją Hartmann i Kafemann. W jamie nosogardzielowéj posługiwano się elektrolizą do zniszczenia wyrośli adenoidalnych i twardych włókniaków (v. Bruns, de Rossi, Voltolini, Gronbeck, Kuttner. Wyniki, uzyskane przy twardych włókniakach były tak świetne, że z rezultatami, otrzymanemi za pomocą jakiéjkolwiek innéj metody, porównać ich nie można. Co do krtani, to oprócz Fiebera, który polecał niszczyć polipy za pomocą elektrolizy, metoda ta przez niewielu tylko lekarzy stosowaną była. Przy gruźlicy krtani metodę tę w drodze teoretycznych dedukcyj zalecał Kafemann, sam jednakże takowéj nie stosował, gdyż nigdzie o pracach jego w tym kierunku nie znalazłem wzmianki. (C. d. n.)

II. O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie.

Podał

Dr. W. Łepkowski

b. asystent Klin. chirurg. Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6.)

Co się tyczy rozbiorów chemicznych śliny, o sprawę tę napotykamy w rozlicznych pracach różnych autorów, a wyniki jakie otrzymali, przedewszystkiem uwzględniając ilość wapna, niniejszem zestawiam. Jakubowicz podaje na 100 części popiołu otrzymanego z śliny:

fosforanu wapniowego „ magnowego „ żelaza	5,509%

Liczbę tę uważa za średnią, badając ślinę przez dłuższy czas zbieraną z jednego człowieka. Najwięcéj w téj kwestyi znajdujemy u Hammerbachera, który znalazł następujące wartości na 100 części popiołu:

potasu	45,714
sodu	9,593
wapna	5,011
magnezyi	0,155
kwasu siarkowego	6,380
kwasu fosforowego	18,848
chloru	18,352

a w 1000 częściach śliny otrzymał 5,797‰ stałych części, popiołu 2,205.

Hammerbacher zbierał ślinę, podobnie jak Jakubowicz z jednego człowieka, a dopiero otrzymawszy dostateczną ilość, rozbioru dokonał. W pracy téj znajdujemy tablicę, zestawiającą wyniki innych autorów.

(Patrz tablicę na str 82).

Jak widzimy z niniejszéj tablicy rezultaty są różne, a kto wie, czy nie polegają one na tem, że autorowie nie uwzględniali stanów patologicznych. Najwięcéj z mojemi zgadzają się wyniki Berzeliusza, który może przypadkowo badał ślinę u osób próchnicą dotkniętych. Co się ty-

Liczba porządkowa	Kierunek badania	Wiek, imię i nazwisko	Stan jamy ust	Czas oddawania śliny	W gramach ilość śliny badanéj	Konsystencyja
I	stan normalny	B. lat 24	żadnego nie brakuje, zęby zdrowe	godzina po obiedzie, 5 kwadransów	18,8260	zwykła
II	„	T. A. lat 18	„	godzina po obiedzie	16,2695	„
III	„	M. Z. lat 28	dwóch zębów brak	„	10,0242	„
IV	wpływ przyjmowania pokarmów na ilość wapna w ślinie	W. Ł. lat 26	zęby zupełnie zdrowe	w pół godziny po obiedzie, przy kokainie 20 min.	18,2965	„
V		„	pięciu brak	pięć i pół godzin po obiedzie, kokaina 20 minut	16,288	„
VI	„	„	„	na czczo kokaina	18,905	„
VII	stan normalny	Ł. W. lat 7	w zupełnie dobrym stanie mleczne uzębienie	dwie godziny po obiedzie kokaina	11,1888	„
VIII	wpływ przyjmowania pokarmów na ilość wapna w przypadku próchnicy	L. lat 22½	dwóch brak, dwa karyjetyczne	20 min. po obiedzie, kokaina	23,123	„
IX		„	„	6½ godzin po obiedzie	19,779	„
X	„	„	„	na czczo kokaina	22,2047	„
XI	wpływ próchnicy na ilość wapna w ślinie	S. L. lat 32	jeden ząb karyjetyczny, żadnego nie brak	godzina po obiedzie, przez trzy kwadranse	22,6863	„
XII	„	W. Ł. lat 26	pięciu brak, dwa zęby karyjetyczne	„	20,2081	„
XIII	„	E. H. lat 21	sześciu brak, 14 karyjetycznych, reszta zdrowa	2 kw. 1 godz. po śniad.	10,018	„
XIV	„	A. H. lat 34	8 brak, siedm karyjetycznych	2 godz. po śniad. 3 kw.	10,276	„
XV	„	„	15 brak	„	22,485	„
XVI	„	J. lat 38	13 karyjetycznych, dwóch brak	na czczo trzy kw.	14,892	„
XVII	„	„	6 karyjetycznych, 9 brak	„	10,0235	„
XVIII	„	I. S. lat 12	10 karyjetycznych, 3 brak	w pół godziny po obiedzie, przez pół godz.	18,8011	„
XIX	„	E. H. lat 9	6 karyjetycznych, 3 brak	przez trzy kwadranse, godzina po obiedzie	11,988	„
XX	„	E. S. lat 8	14 karyjetycznych zębów	godzina po śniadaniu, przez godzinę	20,0884	„
XXI	„	A. W. lat 13	8 karyjetycznych, 4 brak	2 godz. po obiedzie, przez 3 kwadranse	12,2093	„
XXII	„	M. L. lat 58	12 karyjetycznych, jednego brak	„	14,5173	„
XXIII	„	I. M. lat 23	21 karyjetycznych, 3 brak	„	15,467	„
XXIV	„	H. S. lat 28	20 karyjetycznych, 4 brak	„	19,509	„
XXV	„	A. E lat 12	kamień zębowy, 6 karyjetycznych, 2 brak	2 godziny po śniadaniu przez pół godz.	25,8124	„
XXIV	„	E. Z. lat 13½	3 karyjetyczne, żadnego nie brak	2 godz. po obiedzie przez 3 kwadranse	12,933	„
XXVII	„	F. L. lat 48	16 plomb, widocznéj próchnicy brak	na czczo	6,6465	„
XXVIII	wpływ braku zębów na ilość śliny	K. T. lat 53	tylko 4 zęby zdrowe	w 3 godz. po obiedzie przez 6 kw.	26,2615	trochę gęstsza niż zwykle
XXIX	„	P. A. lat 68	bezzębny	godzina po obiedzie przez 3 kw.	24,734	konsystencyja miodu
XXX	„	„	„	„	14,065	„
XXXI	„	A. Z. lat 61	„	„	17,1492	gęstsza niż zwyk
XXXII	„	N. W. lat 42	„	2 godziny po obiedzie przez 3 kwadranse	21,0263	miodu

*) W przypadku XI, XIII, XII i XVIII zastósowano rozczyn nadmanganezianu potasowego, którego 15,55 cbcm. odpowiada 5 cbm. wiadał przy pierwszym rozczynie 0,9 mgr. CaO, przy drugim 0,529 mgr. CaO.

Osad	oddziaływanie	c. g.	w gramach: Zawartość części stałych	w gramach: Ilość popiołu	w gramach: Ilość wapna	Zawartość części stałych na 1000 śl.	Zawartość popiołu na 1000 śliny	Zawartość popiołu na 100 części stałych	Zawartość wapna na 100 popiołu	Ilość zużytego $KMWO_4$	Uwagi
mierny biały	alkaliczne	1,0020	0,172	0.0536	0,00127	9,136	2,847	31,163	2,37	2,4	10 kw. szcz. równa się 1,06 $KMnO_4$
mierny	"	1,00053	0,1022	0,0398	0,00088	6,282	2,446	38,943	2,22	1,67	
"	"	1,00242	0,0962	0,0428	0,00111	9,597	4,269	44.59	2,595	2,10	
"	"	1,00263	0,164	0,0698	0,00147	8,963	3,268	42,561	2 106	2,77	Dyjeta mięszana
spory	"	1,00074	0,110	0,042	0,00119	6,753	2,579	38,181	2,833	2,25	"
"	słabo kwaśne	1,00091	0,1175	0,0530	0,00111	6,215	2,804	45,106	2,09	2,1	"
mierny	alkaliczne	1,00154	0,0546	0,0170	0,0005	4,879	1,519	31,135	2,956	0,95	
"	"	1,0017	0,174	0,0492	0,00169	7.525	2,128	28,28	3,44	3,2	"
"	"	1,00088	0,117	0,034	0,0016	5,915	1,719	29,06	4,98	3,2	"
"	słabo kwaśne	1,00073	0,1492	0,0462	0,00159	6,719	2,081	30,965	3,435	3	"
nieznaczny	alkaliczne		0,1547	0,057	0,00207	6,819	2,513	36,845	3,63	2,3	
spory biały	"	1,0033	0,1452	0,0451	0,00198	7,185	2,232	31,061	4,56	2,2	patrz Nr. IV
spory żółtawy	"	1,0018	0,0682	0,0202	0,00099	6,807	2,016	29,618	4,9	1,1	
"	"	1,0028	0,106	0,03	0,0009	10,571	2,992	28,302	3	1	przed wyrwaniem zębów
spory biały	"	1,00183	0,245	0,0547	0,0101	10,896	2,433	22,327	1,85	1,9	chora gorączkuje 38·5° ślina z małą domieszką krwi po wyrwaniu
spory żółtawy	słabo kwaśne	1,003	0,131	0,043	0,00138	8,797	2,888	32,824	3,21	2,6	przed wyrwaniem
mały	"	1,00265	0,079	0,0203	0,00063	7,875	2,025	25,696	3,10	1,2	po wyrwaniu siedmiu karyjetycznych
spory biały	alkaliczne	1,00062	0,1179	0,0365	0,00185	6,271	1,941	30,958	5,073	3,5	
"	"	1,00010	0,1495	0,039	0,00066	12,46	3,251	26,087	1,696	1,25	chora gorączkuje 38.8°
spory żółtawy	słabo kwaśne	1,00174	0,1236	0,0454	0,00153	6,153	2,260	36,731	3,379	2,9	
"	alkaliczne	1,00020	0,0739	0,0190	0,00093	6,053	1,556	25,710	4,90	1,76	
"	"	1,00291	0,1486	0.0426	0,00175	10,263	2,934	28,67	4,098	1,75	
mierny	"	1,00043	0,0947	0,0324	0,00069	6,123	2,095	34,213	2,13	1,3	początek 9 miesiąca ciąży
spory żółtawy	"	1,00393	0,257	0,056	0,00149	13,173	2,870	21,79	2,66	2,82	cztery dni po porodzie
mierny	"	1,0013	0,1644	0,0574	0,00164	4,045	2,224	54,981	2,857	3,1	kamień zębowy bł.
"	"	1,00127	0,080	0,034	0,00111	6,186	2,629	42,5	3,267	2,1	" " zł.
"	słabo kwaśne		0,1135	0,0288	0,00093	17,8077	4,333	25,321	3,214	1,75	plomby
spory biały	alkaliczne	1,00095	0,1596	0,0598	0,00252	6,077	2,277	37,469	4,19	2,8	
bar. mały	"	1,0004	0,1059	0,0495	0,00172	4,282	2,001	46,742	3,47	3.25	chory gorączkuje 38·8°
"	"	0.999073	0,0458	0,0165	0,00114	3,256	1,173	36,026	6,91	2,15	w tydzień po pierwszem badaniu chory nie gorączk.
"	"	1,00037	0,1636	0,0565	0,00199	9,54	3,295	34,535	3,52	3.76	
"	"	1,00032	0,0815	0,0357	0,0016	3,876	1,698	43,80	4,48	3,02	

1/10 n. kwasu szczawiowego. We wszystkich innych przypadkach nieco słabszy rozczyn tak, że 1 cbcm nadmanganezianu potasowego odpo-

na 100 części śliny	Simon	Berzelius	Frerich	Jakubow.	Hammerbach	Lehmann	Wyniki badań niniejsz.
wody	991,22	992,9	994,1	995,16	994,20	994,06	992,29
części stałych	8,78	7,1	5,9	4,84	5,797	5,94	7,7
popiołu	—	1,9	2,19	1,82	2,205	—	2,5
przeciętna ilość popiołu na 1000 części stałych	—	—	—	—	—	—	34,1315

czy ilości CaO w popiele śliny, to w literaturze podobnéj pracy nie znalazłem, tem mniej takiéj, którąby uwzględniła stany patologiczne.

Jedynie M. Werther[1]) czynił poszukiwania nad ilością wapna w ślinie zwierząt, i to podczas i bez drażnienia gruczołów ślinnych za pomocą prądu elektrycznego.

[1]) *Archiv. f. die gesammte Physiologie.* Bd. 38.

Jakiej metody do oznaczania tak drobnych ilości wapna używał, nie podaje. Najprawdopodobniéj robił to za pomocą wag chemicznych, które chociaż dokładne, jednak przy takich ilościach jak 0,0005—0,001 pewnych rezultatów chyba nie dają, jeżeli się zważy, jakie musi przechodzić koleje owa maleńka ilość CaO, zanim się ją w czystym stanie otrzyma. Nie posiadając więc ścisłéj metody, Werther może zbyt wysokie otrzymywał liczby.

Sposób, jakiego ja w swych badaniach używałem, był następujący: Każdy badany po należytem i dokładnem wypłukaniu jamy ust wodą destylowaną bez żadnych środków na wydzielanie śliny wpływ mających, zwolna oddawał takową w miarę, jak mu się w jamie ust nagromadzała. Trwało to zawsze czas dłuższy tak, że przeciętnie było potrzeba około 3 kwadransów czasu, aby módz zebrać wystarczającą ilość do badania. Przy oddawaniu śliny natychmiast badałem oddziaływanie, zapisywałem imię i nazwisko, wiek, stan ogólny, stan jamy ust, kiedy jadł po raz ostatni, a nadto jak długo ślinę oddawał, co wszystko w każdym przypadku osobno uwzględniłem. Śliny nie filtrowałem, gdyż zwracając pilną uwagę na wypłukanie jamy ust, w ten sposób unikałem pomyłki, w którąby mogły wprawić resztki pokarmu. Za pomocą piknometru, którego zawartość wynosiła dokładnie 10 cm. sz., oznaczałem ciężar gatunkowy. Następnie po odważeniu całkowitéj ilości śliny, odparowałem ją w platynowéj lub porcelanowéj miseczce na łaźni wodnéj, a następnie wysuszałem przez ogrzanie do 110° dla otrzymania ciężaru części stałych. Do spopielenia zawsze stosowano metodę F. Schultzego[1]), dozwalającą to usktecznić za pomocą szklanego komina przy możliwie nizkiéj temperaturze, bez utraty łatwiéj utleniających się składników popiołu. Do oznaczenia samego wapna w popiele, otrzymanym ze śliny, posługiwałem się metodą *ad hoc* przez Dra M. Krügera zastósowaną do nader drobnych ilości wapna za pomocą miareczkowania oznaczonemi rozczynami $KMnO_4$ (nadmanganezianu potasowego) na szczawian wapniowy, jak to podał Hempel[2]). M. Krüger poczynił cały szereg prób, które ścisłość téj metody nawet dla bardzo małych ilości CaO wykazały[3]). Aby popiół uwolnić od resztek drobnych zwęglonych części organicznych, naczynie na wolnym ogniu zostawało czas dłuższy z kilku kroplami kwasu siarkowego zgęszczonego. Po ochłodzeniu dodawalo się rozcieńczonego kwasu azotowego, amoniaku w nadmiarze, kwasu octowego aż do kwaśnego oddziaływania, poczem pod wpływem kilku kropel szczawianu amonowego wapno jako szczawian wapniowy zwolna przez 24 godzin się wydzielalo. Następnie płyn przesączano, pozostałości na sączku za pomocą przemywania gorącą wodą od nadmiaru kwasu szczawiowego uwalniano, a sam szczawian wapniowy za pomocą rozcieńczonego, gorącego kwasu siarkowego rozpuściwszy oznaczano stałą ilością rozczynu nadmanganezianu potasowego za pomocą miareczkowania.

(Patrz tablica na poprzedniéj stronie).

Z tablicy przekonać się można, że pierwsze przypadki użyte zostały w tym celu, aby się przekonać ile mniéj lub więcéj na 100 popiołu z śliny prawidłowéj znajdujemy CaO. W tablicy wyniki badań uwidocznione zostały, a teraz po krótce w tymże samym porządku, jak w tablicy, opisy pojedynczych przypadków podaję.

I. B. lat 24, dobrze zbudowany i odżywiony, podaje, iż w jego rodzinie, o ile mu wiadomo, nikt nie cierpiał chorób zębów, owszem wszystkich uderzać to miało, że tak matka, jak ojciec i czworo rodzeństwa mieli zawsze ładne i zdrowe zęby. B. posiada wszystkie zęby w zupełnie dobrym stanie bez najmniejszéj nawet skazy.

II. T. A., lat 18, stan ten sam co w poprzednim przypadku. W ostatnim czasie, to jest przed dwoma tygodniami przebył dur brzuszny. Dobrze zbudowany, miernie odżywiony, nie gorączkuje już wcale, gdy ostatnie podwyższenie ciepłoty było przed dziesięciu dniami.

III. M. Z., lat 28, dobrze odżywiony i zbudowany, zawsze zdrów; w dwunastym roku życia z powodu próchnicy utracił ząb trzonowy szczęki dolnéj po stronie lewéj i górnej po stronie prawéj; zresztą uzębienie prawidłowe. Przekonawszy się na tych trzech przypadkach, że mniéj lub

[1]) Fresenius. *Quantitative chemische Analyse.* 6. Auflage Bd. II., S. 639. — [2]) Fresenius. *Quantitative Analyse,* I, 258.
[3]) Metoda ta umieszczoną właśnie zostaje w czasopiśmie Hoppe-Seylera dla chemii fizyjologicznéj.

więcéj ilość wapna na 100 popiołu ulegała nieznacznym tylko wahaniom, gdy najwyżéj wynosiła 2,595, a najniżéj 2,22, przypuszczałem, że w grę wchodzić tu musi czas, w jakim się bada ślinę, od chwili ostatniego przyjmowania pokarmu. I rzeczywiście, doświadczenie wykonane na samym sobie wykazało mi, że ilość ta zwiększa się w kilka godzin po obiedzie o 0,07, gdy na czczo i zaraz bezpośrednio po obiedzie jest mniéj lub więcéj ta sama, jak to na dołączonéj tablicy widać. (Dok. nast.)

III. Z zakładu farmakologicznego prof. Dra Łazarskiego.

O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy.

Podał

Dr. Jan Wojtaszek,

asystent tego zakładu.

(Dok. Patrz Nr. 6.)

6) Królik ważący 1,250 kg. O godz. 7 wieczór wstrzyknięto do żyły szyjnej w przeciągu 20 minut 4 cm. sz. roczczynu mleczanu żelaza 3% a około 0,0260 Fe. Po odwiązaniu królik zupełnie swobodny. Na drugi dzień około godziny 6½ wieczór wystąpił nagle wśród pozornego dobrego ogólnego stanu tężec a po nim drgawki kloniczne. Po pauzie 5 minutowéj występują kurcze pojedyńczych grup mięśni jużto w pośladkach, stąd rzucanie odnogami tylnemi, jużto w mięśniach grzbietu jużto piersiowych, co się objawia utrudnionym oddechem i kurczowym wydechem. Często oddychanie wśród kurczów ustaje zupełnie, potem rozpoczyna się bardzo płytkiemi i wolnemi wdechami, następnie przyspiesza się miarowo aż wreszcie staje się szybkiem, powierzchownem, prawie kurczowem. Odruchy podczas tego prawie zniesione; o 6¾ ustanie zupełne oddechania i śmierć. Serce bije jeszcze choć słabo po otwarciu klatki piersiowéj.

7) Pies ważący 5,300 kg. Początek doświadczenia o 5 godz. po południu. Wstrzykiwano 3% roczczyn mleczanu żelaza a około 0,8031 Fe.

Po wstrzyknięciu 18 Cc. nie ma żadnych objawów;
" " 30 Cc. odchodzenie kału rzadkiego; oddychanie powolne, dosyć natężone, nieznaczne drgawki;
" " 98 Cc. nieznaczne drgawki;
" " 138 Cc. śmierć wskutek ustania oddychania. Do doświadczenia jakoteż i podczas tego pies był lekko zachloroformowany. Sekcya nie wykazuje żadnych zmian.

8) Pies ważący 4,300 kg. Chloroformowany tylko do wyszukania żyły szyjnéj. Trwanie doświadczenia od ¾ 4—5 popołudniu, wśród którego to czasu wstrzyknięto mu 82 Cc. roczczynu 3% mleczanu żelaza a około 0,3772 Fe.

Po wprowadzeniu do krwi 26 Cc. niema żadnych objawów;
" " " 30 Cc. oddychanie przyspieszone;
" " " 56 Cc. odchodzenie kału rzadkiego;
" " " 60 Cc. silne przyspieszenie oddychania;
" " " 82 Cc. pies skuczy, nieznaczne drgawki, oddychanie płytkie bardzo szybkie, wreszcie ustaje chwilowo i po 30 sekundach kilka płytkich oddechów i śmierć. Zmian pośmiertnych żadnych oprócz przekrwienia tylnych części płuc.

9) Psu ważącemu 4,980 kg. wstrzyknięto w przeciągu ½ godziny wieczorem wśród narkozy chloroformowéj 30 Cc. powyższego płynu z zawartością 0,1164 Fe. Ranę zaszyto i opatrzono. W nocy dość silne rozwolnienie. Na drugi dzień rano o godz. ½ 8 drgawki, podrzucanie ciałem, utrudnienie oddychania, przyczém pies szczekał i wył. O 9 wśród coraz bardziéj słabnącego oddychania śmierć. Ze zmian anatomicznych znaleziono nieznaczne przekrwienie przewodu pokarmowego.

10) Psu ważącemu 15,130 kg. wstrzyknięto do żyły szyjnéj w przeciągu godziny 100 gr. roczczynu 3% mleczanu żelaza a około 0,580 Fe. Z początku po wstrzyknięciu każdych 6—10 cm. sz. występowały krótko trwałe drgawki ogólne, od 40 cm. sz. zaś pies leży zupełnie nieruchomo i nie reaguje na bodźce zewnętrzne. Po odwiązaniu i zaszyciu rany szyjnéj pies leży spokojnie, odruchy słabe, oddychanie mozolne i wśród coraz bardziéj słabnącego oddychania w dwie godziny po odwiązaniu śmierć. Po otwarciu klatki piersiowéj serce wykonywa jeszcze słabe ruchy.

Mocz przy wszystkich poprzednich doświadczeniach jakkolwiek trudny do otrzymania, gdyż jego wydzielanie się podczas doświadczenia prawie ustało, był stale zmieniony co do barwy. Ta była zwykle brunatną. Oprócz tego mocz zawierał często białko nawet wtenczas, gdy płyn wprowadzany do krwi tegoż nie zawierał; żelazo zaś prawie zawsze choć w śladach było w moczu wykazalne.

Co do zmian pośmiertnych to można było nieraz napotkać wynaczynionki podopłucnowe i podosierdziowe, przekrwienie tylnéj części płuc lub gdzieniegdzie porozrzucane bez typowéj jednak postaci stożkowatéj. Jelita były częściéj blade niż przekrwione, w kilku tylko przypadkach dało się wykazać znaczniejsze nastrzykanie jelita cienkiego i wyrostka robaczkowatego i te też zmiany objawiły się za życia silniejszym ruchem robaczkowym. Kału silnie rozmiękłego prawie stale nie było w jelicie grubem. Nerki u jednych zwierząt były blade, u innych, i to częściéj, silnie przekrwione, przyczém mikroskopowo oprócz zziarnienia przybłonków i większéj ilości krwi żadnych zmian nie można było wykazać. W sercu znajdowały się nieliczne skrzepy ciemno-czerwone, a krew nie okazywała dążności do szybkiego krzepnięcia, ale owszem utrzymywała się dość długo na powietrzu w stanie płynnym.

Jeżeli porównamy dawki trujące żelaza, jakie były użyte we wielu doświadczeniach, obliczenie wykazuje, że dawka zabójcza waha się przy sześcio-chlorku żelaza od 0,60—0,80 a 0,124—0,165 Fe; dla cytrynianu żelazawo-amonowego, winianu sodowo żelazawego i mleczanu żelazawego od 0,13—0,15 czyli 0,0255 do 0,0291 Fe. Zredukowawszy zaś na kg. wagi ciała potrzeba do zatrucia królika białkanu, tlenku żelaza jakoteż siarkanu i sześciochlorku żelaza w ilości odpowiadającéj około 0,058 Fe, podczas gdy przy mleczanie i do niego zbliżonych dawki o wiele mniejszej bo od 0,014—0,020 Fe. Wyniki te zgadzają się z wynikami Williamsa i Meyera, bo oni na Kg. wagi królika potrzebowali do zatrucia 0,018—0,025 Fe. Powyższe liczby wykazują dobitnie, jak wielka różnica zachodzi w działaniu trującem soli żelazowych. Na tę okoliczność zwrócili uwagę Williams i Meyer i jedynie nią można sobie tłumaczyć różnorodność podań o działaniu trującem żelaza. Wytłomaczenie jednak tego na razie jest nie możebne, najwyżéj można przypuścić, że przy siarkanie i sześciochlorku żelaza prawdopodobnie stale w nich znajdujące się wolne kwasy przeszkadzają i powstrzymują działanie zabójcze żelaza.

Również niejasnem pozostaje i to, że u psów stosunek dawki trującéj wzrasta nieproporcyonalnie do ciężaru ciała, bo gdy z rachunku wypada dla psa ważącego 5 Kg. jako dawka zabójcza 0,34 mleczanu żelaza czyli około 0,070 Fe, to w rzeczywistości potrzeba użyć 1,50—2,70 tegoż czyli do 0,531 Fe.

Zupełnie jednak różniące się wyniki niż je podali Meyer i Williams otrzymałem przy badaniu ciśnienia krwi. Autorowie ci na podstawie doświadczeń twierdzą, że żelazo wywołuje znaczny spadek ciśnienia krwi przez porażenie obwodowe naczyń. Ponieważ doświadczenia na królikach prawie zawsze wykazywały na manometrze bardzo mały spadek ciśnienia, bo zaledwie kilka mm. słupka rtęci wynoszący, często zaś wśród kurczów nieznaczne podwyższenie tegoż, chcąc więc uniknąć ubocznego działania kurczów mięśni na krążenie, robiłem doświadczenia na psach kurazyzowanych. Te wykazały, że ciśnienie tuż po wstrzyknięciu siarkanu lub mleczanu żelaza z bardzo małą ilością winianu sodowego nieco opada potem wraca do pierwotnéj wysokości, wstrzykiwanie zaś coraz większéj ilości roczczynu żelaza obniża je znowu ale chwilowo. Dopiero po znacznych ilo-

ściach żelaza różnica między parciem pierwotnem a końcowem jest wybitna i wynosi kilkanaście mm. słupka rtęci ale też i wtenczas zwierzę jest bliższe śmierci, nie dziw więc, że ośrodek naczynioruchowy nieco osłabł. Tłomaczenie zaś obniżenia ciśnienia krwi przez Meyera i Williamsa porażeniem obwodowem naczyń uważam za nieprawdziwe, bo nie jest ono tak znaczne, jakby to takiemu porażeniu odpowiadać powinno, a wreszcie ośrodek naczynioruchowy zupełnie dobrze oddziaływa tak na digitalinę, strychninę jakoteż chloralhydrat. Sądząc, że przyczyna obniżenia ciśnienia krwi leży gdzieindziéj niż w swoistem działaniu żelaza, wstrzykiwałem wprost do żyły rozczyny winianu i cytrynianu sodu, o których przypuszczałem, że dla ciśnienia nie są obojętnemi. Doświadczenie też pouczyło, że tak jeden jak i drugi środek obniżają ciśnienie krwi, im bliżéj śmierci zwierzęcia tem obniżenie stalsze, a co do dawki to tę samą zniżkę w ciśnieniu co winian sodowy wywołuje prawie pięć razy mniejsza dawka cytrynianu sodowego. Zmiany te w ciśnieniu występują o wiele wybitniéj u królików i kotów, na których oni robili doświadczenia niż u psów. Stąd też nie wiele może odbiegniemy od prawdy, jeżeli tę zniżkę w ciśnieniu uczynimy zależną od działania winianu sodowego.

Również i drugiego ważnego objawu charakterystycznego dla otrucia żelazem a podanego przez powyższych autorów, tj. silnych objawów żołądkowo-kiszkowych, jak wymiotów, biegunek krwawych i cuchnących, a będących według nich wynikiem silnego przekrwienia przewodu pokarmowego, nie mogę na podstawie własnego doświadczenia uważać za objaw stały, lecz za przypadkowy i wywołany chyba czemś innem niż żelazem. W kilku bowiem tylko przypadkach psy oddawały kał rzadszy, typowych jednak biegunek nie było. Również nie obserwowałem ani razu wymiotów. Co do zmian anatomicznych w jelitach, to tylko w kilku przypadkach było nieznaczne przekrwienie tychże. Tak więc po opuszczeniu poprzednich dwóch objawów jako niestałych i przypadkowych pozostaje jako charakterystyczny objaw dla otrucia żelazem porażenie centralne z krótko trwałem poprzedniem pobudzeniem układu mięśniowego i nerwowego, przyczem też po śmierci tak mięśnie jak i nerwy obwodowe są zupełnie pobudliwe.

II. Otrucie żelazem chroniczne.

W celu wywołania zatrucia chronicznego żelazem podawałem królikom przez 2 tygodnie żelazo podskórnie i za pomocą zgłębnika wewnętrznie. Podskórnie wstrzykiwałem dziennie po 0,06 mlekanu żelaza lub po 0,10 cytrynianu amonowego lub pyrofosforanu żelaza przez tydzień pierwszy; przez następny dawkę podwójną. Przeciętnie 10-ego dnia króliki zdechały wśród coraz bardziéj wzrastającego osłabienia i wychudnienia, rzadko tylko niektóre nie oddziaływały i to tylko wtenczas, gdy dawka pozostawała jednakową przez cały czas. Mocz oddawany przez nie był mętny, często krwawo zabarwiony, zawierał białko, żelazo w śladach, w znacznéj ilości sole wapniowe. Oddawanie kału było prawidłowe, nigdy zaś nie widziałem kału płynnego. Sekcyja wykazywała w wielu przypadkach ropnie gnilne pod skórą, ubytek tłuszczu z tkanki łącznéj podskórnéj i narządów wewnętrznych, znaczne obrzmienie i przekrwienie nerek z wynaczynionkami. Zmiany te ostatnie początkowo uważałem jako objaw posocznicy, jednakże, gdy późniéj przekonałem się, że występują one nawet w tych przypadkach, w których ropni gnilnych nie było, musiałem przypuścić, że są to zmiany wywołane tylko działaniem żelaza. Wogóle jednak ta sprawa chorobowa występowała dosyć łatwo u zwierząt młodych i przy dziennéj przeciętnéj dawce 0,30 mlekanu żelaza podskórnie i przemawiałaby za prawdziwością twierdzenia Koberta, że żelazo zdolne jest wywołać zapalenie nerki, t. zw. *„Eisenniere“*.

W następnych doświadczeniach chcąc uniknąć ubocznego działania ropni, podawałem żelazo tylko wewnętrznie, przeciętnie dziennie po 20—30 cm. sz. 3% rozczynu mlekanu żelaza. Króliki karmione w ten sposób nieco wychudły, wydawały zmieniony mocz, a ilość ciałek krwi białych była zmniejszoną tak, że gdy przed karmieniem żelazem było ich przeciętnie 10 na jedno pole widzenia, wśród karmienia liczba ta opadła na 4—6. Oprócz tego nie można było się dopatrzeć żadnych innych zmian w stanie ogólnym.

Najważniejszym jednak i najciekawszym objawem było zachowanie się moczu. Ten bowiem już to odchodził bezbarwny, a po pewnym czasie na powietrzu po wyparowaniu wody dawał po sobie pozostałość białą lub też odrazu odchodził w postaci mięszaniny wody z delikatnym proszkiem białym. Przyczyną tego zabarwienia białego, jak to badanie chemiczne moczu wykazało, były sole wapniowe bezpostaciowe.

Skąd jednak taka ilość wapna może się dostać do moczu? Odpowiedź na to jest dwojaka, albo jest to wapno, które zwierzę przyjęło z pożywieniem, a wydzielone przez nerki, albo pochodzi ono z ustroju a mianowicie z jego tkanek w wapno obfitujących, a więc kości.

Aby pytanie to rozstrzygnąć, chowałem w jednakowych zresztą warunkach dwa króliki młode, z których tylko jeden dziennie dostawał 20—30% rozczynu mlekanu żelaza. Podawanie trwało miesiąc bez widocznéj zmiany w ogólnym stanie królika. Mocz, jak to można było z góry przewidzieć, zawierał znaczną ilość wapna i ślady żelaza zaledwie dostrzegalne. Po zabiciu obydwóch pokazało się, że narządy wewnętrzne są zupełnie normalne, kości tak płaskie jak i długie w właściwéj swéj strukturze makroskopowéj i grubości nie okazują zmian, zachodzi tylko różnica w wejrzeniu szpiku kostnego. Ten bowiem nietylko w tym przypadku, ale i w licznych innych doświadczeniach robionych tak na młodych jakoteż na starych zwierzętach przedstawiał się więcéj galaretowatym niż prawidłowy i silnie czerwono zabarwionym, podczas gdy prawidłowy był żółtawym. Badanie mikroskopowe wykazało w nim o wiele większą ilość ciałek czerwonych krwi niż w prawidłowym.

Śledząc za tą zmianą w szpiku kostnym sądziłem, że i inne narządy o podobnéj budowie jak tenże będą zmienione. Badanie dało jednak wynik ujemny, bo śledziona była zupełnie prawidłową, gruczoły limfatyczne nieco tylko powiększone.

W każdym razie przekrwienie to szpiku kostnego jest objawem bardzo ciekawym i zupełnie podobnym do objawów opisanych przez Meringa[1]), powstających w kościach po zatruciu rtęcią.

Zmiana ta w szpiku kostnym zdaje się odgrywać ważną rolę przy polepszaniu się ogólnego składu krwi, jakkolwiek dopiero bliższe i ściślejsze badania mogłyby rzucić światło na sposób powiększania się ilości ciałek krwi czerwonych po zastosowaniu żelaza. Pytanie co do pochodzenia soli wapniowych pozostało nierozstrzygniętem, gdyż kości po śmierci badane były normalnemi, kwasu zaś mlekowego, który się dostawał do ustroju z żelazem, również o tę zmianę posądzać nie było można, bo większa ilość wapna w mo-

[1]) Mehring. *Ueber die Wirkungen des Quecksilbers auf den thierischen Organismus. Arch. f. exp. Path. und Pharmakol.* XIII, 1886.

czu występowała i po innych preparatach żelaza, tego kwasu nie zawierających. Że zaś zwierzęta czuły potrzebę zastąpienia wydzielonego wapna, okazywało się to w tem, że bardzo chętnie spożywały kawałki rumowiska.

W następnych doświadczeniach podawano żelazo wewnętrznie w bardzo wielkich ilościach, bo przeciętnie dziennie po 3 gr. mlekanu, cytryniann amonowo-żelazawego, pyrofosforanu żelaza, jednakże nawet po tych dawkach nie zauważyłem znaczniejszego wychudnienia lub osłabienia, oprócz zmian w moczu. Tak więc zdaje się, że zatrucie chroniczne może wystąpić tylko po wstrzykiwaniach podskórnych i może się objawić zmianami w moczu, nerce, jakoteż wystąpieniem osłabienia i wychudnienia.

Zebrawszy spostrzeżenia z powyższych doświadczeń przychodzi się do następujących wniosków:

1. Żelazo może zadziałać na ustrój zwierzęcy zabójczo, ale tylko podane albo wprost do krwi albo pod skórę.

2. Żelazo działa na ustrój zwierzęcy zabójczo przez porażenie układu nerwowego środkowego po krótkiem podrażnieniu tegoż. Bezpośrednią zaś przyczyną śmierci jest porażenie oddechania.

3. Żelazo wstrzykiwane przez dłuższy czas pod skórę wywołać może zmiany w nerkach, mianowicie zapalenie tychże i gdyby można było wnioskować z wyników doświadczeń na zwierzętach otrzymanych i o ludziach, możnaby się i u tych obawiać podobnéj sprawy chorobowéj po wstrzykiwaniach dłuższy czas trwających.

4. Podawaniem wewnętrznem połączeń żelaza nawet w wielkich dawkach, wykluczywszy połączenia żrąco działające, nie można wywołać żadnych objawów zatrucia.

5. Na krążenie i mięsień sercowy żelazo nie wywiera wybitnego wpływu, krwotoki, które miały po jego nadużywaniu powstawać, mogą być, tak jak to Scherff utrzymuje, skutkiem przywróconego normalnego ciśnienia w układzie naczyniowym sprawą chorobową nadwerężonego, nigdy zaś nie pochodzi to od zmiany w ciśnieniu krwi specyjalnem działaniem żelaza wywołanéj.

6. Wstrzykiwania podskórne mogą szkodzić przez łatwość powstawania ropni lub zapalenia tkanki łącznéj podskórnéj.

W końcu wypada nadmienić, co zresztą wśród doświadczeń często na myśl się nasuwało, że do użytku wewnętrznego najlepiéj się nadają sole żelazawe w połączeniu z kwasami organicznemi, t. zw. połączenia podwójne, jak winian żelazawo-sodowy, cytrynian żelazowo amonowy i t. d., gdyż one łatwo ulegają wessaniu, a nawet wielkie dawki nie wywołują zmian w przewodzie pokarmowym.

Za najlepszy zaś przetwór do wstrzykiwania podskórnego dla ludzi uważałbym polecony przez Neussa[1]) *ferrum pyrophosforicum cum natrio citrico*, a nie zalecane także *ferrum citricum oxydatum*, gdyż przetwór ten trudniéj się rozpuszcza i nie jest tak stałym, podczas gdy tamten jest łatwo rozpuszczalnym i długo daje się przechowywać. O działaniu szkodliwem cytryniann sodowego a poniekąd i kw. pyrofosforowego nie może być tu mowy, bo ilości przetworu, jakie trzebaby wstrzykiwać podskórnie, są małe. Mlekanu żelaza z winianem sodowym nie radziłbym używać, gdyż rozpuszczanie jego wymaga pewnych zachodów, a zresztą po dłuższym czasie staje się on trudno rozpuszczalnym, nawet w gorącéj wodzie.

[1]) H. Neuss. *Zeitschrift für kl. Med.* 1881 Bd. 3.

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Pfeiffer. (Berlin); Tymczasowe doniesienie o prątkach influenzy.

Na podstawie badań swych w 31 przypadkach influenzy, z których 6 niepomyślnie ukończonych poddanych było nekroskopii, doszedł P. do następujących wyników.

W wydzielinie ropnéj oskrzeli w przypadkach influenzy niepowikłanéj znalazł P. prątki w czystéj prawie hodowli i w wielkiéj ilości. Prątki te czasami przenikały tkankę około oskrzelową i dostawały się na powierzchnię opłucnej, gdzie je również można było w znacznéj ilości stwierdzić. W przypadkach, w których influenza dołączyła się do już istniejącéj gruźlicy, znajdował P. w treści jam obok tych prątków także inne. Laseczniki te, które opisuje, znajdował tylko w przypadkach influenzy, nigdy zaś w zwykłych nieżytach oskrzeli, gruźlicy lub zapaleniach płuc.

Prątki te ginęły w treści oskrzelowéj dopiero z ustaniem wydzieliny ropnéj. Te same prątki i w tak samo obfitéj ilości znajdował P. w epidemii przed laty dwoma panującéj. Prątki te są o połowę krótsze od prątków posocznicy mysiéj, grubości jednak téj saméj co ostatnie. Czasem po 3 lub 4 łączą się łańcuszkowo ze sobą. W kropli wiszącéj okazują się nieruchome, a barwią się rozcieńczonym rozczynem Ziehla lub gorącym błękitem metylenowym podług Löfflera, przyczem barwiąc się mocniéj u swych biegunów przedstawiają obrazy przypominające diplokoki lub streptokoki. Na $1\frac{1}{2}$ % cukrowym agarze dają się sztucznie hodować i przedstawiają kolonie w postaci przez lupę widzialnych wodojasnych kropli.

Doświadczenia z przeszczepianiem prątków z hodowli na zwierzęta dały wynik dodatni tylko u małp i królików. Zakażenie influenzą następuje prawdopodobnie przez plwociny chorych; ztąd należy plwociny ich środkami przeciwpasorzytniczemi zaprawiać. Wreszcie był w stanie Dr. Kitasato urządzić wtórorzędne aż do pięciorzędnych hodowli przez przeszczepianie na agar glicerynowy. (*Deutsche Med. Wochschr.* 1892. N. 2.). *Dr. Wachholz.*

Choroby wewnętrzne.

Drugi kongres dla gruźlicy odbyty w Paryżu w dniach od 28 lipca do 2-go sierpnia 1891.

Na tym Zjeździe dla zbadania gruźlicy, który w ubiegłym roku odbył się w Paryżu pod przewodnictwem Villemina, kwestyja patogenezy a szczególnie terapii gruźlicy zajęła tak żywo uczestników, że inne kwestyje jak symptomatologiję, anatomiję patologiczną i t. d. usunięto na plan drugi.

Podczas gdy dyskusyja nad przyczyną gruźlicy u człowieka już jest zamkniętą, to natura liszaja żrącego do niedawna była jeszcze wątpliwą. Leloir chcąc sprawę wyświecić, zaszczepiał świnkom morskim i królikom duże kawałki tkanki liszajowéj. Wyniki z podskórnego zaszczepiania były ujemne, po zaszczepieniu zaś do jamy otrzewnowéj lub do komórki oka rozwijała się po 3 tygodniach wybitna gruźlica. Zdaniem L. liszaj (*lupus*) jest bezwątpienia identyczny z gruźlicą, przedstawia jednak mniej jadowitą postać tejże.

Natomiast nie mogli Hallopeau i Jeanselm przez zaszczepianie *lupus erythematosus* na morskie świnki wywołać gruźlicy, jakkolwiek chory, z którego istotę do szczepienia wzięto, dotknięty był także gruźlicą gruczołów limfatycznych. Pomimo tego może i ten rodzaj *lupus* mieć podstawę gruźliczą, a tylko jad gruźliczy jest tutaj jeszcze więcéj osłabiony niż w *lupus vulgaris*.

Podobnie jak liszaj zdają się niektóre formy mięsaków być w związku z gruźlicą. Chantemesse miał

zapomocą przeszczepiań z guza najprawdopodobniej mięsakowatego u psa przenieść gruźlicę na świnki morskie i psy. Fakt ten jest zarazem dowodem, że psy nie są zupełnie odporne w obec jadu gruźliczego.

Wielu autorów zajmowało się kwestyją identyczności gruźlicy u człowieka i u zwierząt. Chauveau mianowicie uważa gruźlicę ludzką i bydląt za identyczną, gdyż zapomocą masy gruźliczej z człowieka udało mu się zakazić bydlęta bądź przez wstrzykiwanie do żył lub pod skórę, bądź przez podawanie wewnętrzne. Na podstawie analogii anatomicznéj i bakteryjologicznéj uważa Nocard gruźlicę koni i świń za tę samą chorobę co gruźlica ludzka. Natomiast zgadza się większość badaczy na to, że gruźlicę kur wywołuje inny jad niż ludzką. Starali się tego dowieść Straus i Gamaleia okazując czyste hodowle. Hodowle prątków gruźlicy kur tworzą grube, białe prążki, wilgotne i połyskujące, które nie powstają przez zlewanie się pojedynczych kolonij, lecz rozwijają się z jednego ogniska, podczas gdy hodowle prątków Kocha są suche, łuskowate i jakby drobnemi brodaweczkami zasiane. Niema różnicy w postaci obu prątków i ich zachowaniu się względem barwików anilinowych. Natomiast pod względem bijologicznym różnice są wybitne; podczas gdy prątek Kocha w ciepłocie 45° C przestaje się rozwijać, to ciepłota ta jest dla rozwoju prątków gruźlicy kur bardzo korzystną. Przeszczepianie gruźlicy ludzkiej na niektóre zwierzęta (gryzonie) sprowadza u nich prawdziwą gruźlicę, szczepienie zaś gruźlicy kur wywołuje u nich posocznicę.

Wielu mowców zastanawiało się nad tem, o ile zmiany patologiczne w gruźlicy należy odnieść także do działania innych drobnoustrojów prócz prątków Kocha. I tak Babès przypuszcza tylko zakażenie mięszane, albowiem znajdował stale w jamach gruźliczych i t. p. bakteryje wywołujące ropienie jak *streptococcus* i *staphylococcus aureus*, podczas gdy w zwłokach osób zmarłych nie z choroby zakażnej tych drobnoustrojów nie znajdował. Temu mniemaniu sprzeciwia się Hallopeau, który przypuszcza, że już sam jad gruźliczy wystarcza do wywołania ropienia, jak tego dowodzi okoliczność, że w ropniach zimnych, jakoteż w zropiałych gruczołach limfatycznych i w otokach znajdujemy obficie ropę pomimo braku typowych ropnych bakteryj. Ten rodzaj ropienia uważa Hallopeau jako skutek istot chemicznych, które prątki gruźlicze w tkance składają; w liszaju ropienie jest dlatego nieznaczne, że jad jest tutaj bardzo osłabiony. Zgodnie z tem zauważał czasem H. ropienie po injekcyjach tuberkuliny, która nie zawierając bakteryj może działać tylko chemicznie.

Podobnie Arloing przypisuje ropienie po większej części prątkom gruźliczym, a jako dowód przytacza fakt, że podczas gdy prątki te z świeżéj tkanki gruźliczéj na zwierzę przeszczepione wywołują u tego ostatniego typową gruźlicę, to prątki osłabione przez wysoką ciepłotę lub inną drogę, sprowadzają przeważnie ropienie.

Rozprawiano również o związku gruźlicy z innemi chorobami zakaźnemi. Wielu badaczy zauważyło zgubny wpływ influenzy na przebieg gruźlicy: u jednych chorych gruźlica pojawiła się dopiero w następstwie influenzy, u innych istniejące cierpienia gruźlicze pod wpływem influenzy znacznie się pogorszyły. Według Kohosa, który spostrzeżenia swoje zebrał w Tunisie, sprawia zimnica silną skłonność do gruźlicy, prawdopodobnie z powodu niedokrewności. Z tego powodu radzi w ciężkich przypadkach zimnicy używać transfuzyi jako środka leczniczego przeciw zimnicy a zapobiegawczego w celu uchronienia od gruźlicy. (Na przedostatnim zjeździe dla gruźlicy, odbytym w Paryżu przed trzema laty, dowodził przeciwnie Brun na podstawie dat statystycznych zebranych w Syryi, że między zimnicą a gruźlicą istnieje niezaprzeczony antogonizm tak, że człowiek malaryją dotknięty jest niemal uchroniony od zakażenia się gruźlicą. Przyp. sprawozd.).

W dalszym ciągu zastanawiano się nad rozszerzaniem się gruźlicy, i tu w pierwszym rzędzie zwrócono uwagę na dziedziczność tej choroby. Vignal uważa wrodzoną gruźlicę jako nadzwyczaj rzadką, albowiem nieudawało mu się przez przeszczepianie na świnki morskie wykazać, aby narządy dzieci, pochodzących od matek w wysokim stopniu gruźlicą dotkniętych, zawierały prątki. Natomiast Jacobi opisuje płód, którego wszystkie narządy wewnętrzne zasiane były gruzełkami. Dla podobnych przypadków przypuszcza Bernheim albo przeniesienie gruźlicy podczas zapładniania zapomocą gruźliczego nasienia, albo przejście prątków w krążenie płodu po pęknięciu naczyń łożyskowych. Nadzwyczajna częstość gruźlicy w pierwszym i po pierwszym roku życia pochodzi z zakażenia po urodzeniu. (Dok. nast.)

Choroby skórne i weneryczne.

Griffin: O leczeniu miejscowem wrzodów kiłowych w gardle i nosie.

Do miejscowego leczenia wszelkich zmian kiłowych w gardle, nosie i w krtani, niemniéj owrzodzeń wtóro i trzeciorzędnych, zaleca Griffin, jako nader skuteczny środek, następujący: *Rp. Calomel. 4,00, Opii pulv. 2,00 Aqu. calc. 375,00* S. Do użycia zewnętrznego. Przed użyciem lekarstwa należy flaszką wstrząsnąć. Powyższy płyn stosuje się odpowiednio do zmian chorobowych: czysty lub rozcieńczony, zalecając codziennie 2—5 krotne płukanie przy zmianach w gardle, wymywanie przy objawach w nosie, rozbryzgiwanie w cierpieniach krtani. Pomienione leczenie, z równoczesnem użyciem leczenia ogólnego przeciwkiłowego, oddało Gr. nieocenione przysługi, przyczyniając się bezwarunkowo do szybszego ustępowania zmian wspomnionych. (*Allg. med. Central — Ztg.* 1891. 77). *Dr. Skobel.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 10 lutego. Wskutek wezwania nadesłanego przez Wys. c. k. Namiestnictwo o wypowiedzenie swego zdania o ilości urządzić się mających w kraju naszym Izb lekarskich i rozgraniczeniu kół wyborczych, Komitet Tow. lekarskiego krakowskiego rozpoczął narady nad tą kwestyją, a po ukończeniu narad prześle opiniję Towarzystwa Namiestnictwu.

* W tygodniu 3-im (od 24—30 stycznia) było w Krakowie małżeństw 8, urodzeń 47, skonów 61, z tych z gruźlicy 9, z dławca i błonicy 8, z zapalenia płuc 7, z odry 3, z płonicy 2, z duru plamistego 2, z nieżytu żołądka i jelit 2, samobójstw 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie** W miejsce prof. Manasseina, prof. dyjagnostyki i terapii ogólnéj Krudnowski otrzymał i katedrę patologii i terapii szczegółowéj w Akademii lek. w Petersburgu. — Prof. okulistyki w Hali Alfred Graefe przechodzi w stan spoczynku, a katedrę jego otrzyma asystent jego prof. nadzw. Bunge. — W miejsce prof. Edlefsena mianowany został Docent Dr. Stark nadzw. prof. i dyrektorem polikliniki w Kielu. — Habilitowali się: w Strasburgu: Drowie Mahnert (z anatomii) i Schmidt (z patologii ogólnéj i anatomii patol.); w Genewie Dr. Fröhlich (z okulistyki); w Petersburgu Drowie Fawicki i Batujew; w Charkowie docent Dr. Openchowski mianowany prof. nadzw. medycyny wewnętrznéj.

* **Mianowania.** Wydział krajowy zamianował Dra Emanuela Machka prymaryjuszem oddziału chorób ocznych w szpitalu powszechnym we Lwowie,

* **Zmarli.** We Lwowie Dr. Grzegorz Ziembicki ojciec, żołnierz 2-go pułku strzelców W. Ks. Warszawskiego, lekarz szpitali wojskowych w r. 1831, przeżywszy lat 86. — Dr. med, Saryjusz Skórkowski, urodzony w r. 1853, uczeń szkół krakowskich i b. asystent przy katedrach anatomii i fizyjologii Uniw. Jagiell., później zamieszkały we wsi rodzinnéj Wielkiéj Woli w Królestwie, od lat wielu schorzały, zmarł tamże dnia 1 lutego. Zmarły znany był w Krakowie z prawości charakteru, wielkich zdolności i rozległego wykształcenia. Niestety długo-

trwałe charłactwo zniszczyło nadzieje, które rokował szlachetny i pilny młodzieniec. — Sir Morel Mackenzie umarł z następstw influenzy w Londynie, licząc lat 55. Imię jego stało się głośnem i na lądzie stałym, gdy podjął się leczenia cesarza Fryderyka, i z tego powodu naraził się na zaczepki ze strony profesorów berlińskich. — W Budapeszcie prof. chirurgii Lumnitzer w 70 roku życia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 17 lutego o godzinie 6 tej wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.)*. Porządek dzienny: 1) Odczyt kol. prof. Obalińskiego, 2) Odczyt kol. prof. Rydygiera (oba już poprzednio zapowiedziane); 3) kol. prof. Browicz okaże preparat mózgu z przypadku malaryi złośliwéj; 4) Sprawy administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 1279. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W celu obsadzenia opróżnionéj posady c. k. lekarza powiatowego, ewentualnie c. k. asystenta sanitarnego, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do dnia 10 marca 1892 r.

Kandydaci mają wnieść podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane rozporządzeniem ministeryjalnem z dnia 21 marca 1873 Nr. 37 D. u. p., niemniéj w dowody znajomości języków krajowych w powyższym terminie do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci pozostający w służbie państwowéj w przepisanéj drodze służbowéj, inni zaś przez odnośne c. k. Starostwo — a w miastach Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyję policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 5 lutego 1892 r.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 20 Lutego 1892. Nr. 8.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Kilka słów o leczeniu kiły[1]).

Napisał
Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

W leczeniu kiły przypisujemy działaniu rtęci i jodu z całą słusznością bardzo poważne stanowisko. Pozornie zdawałoby się, że terapija téj choroby od chwili ujawienia się kiły w Europie nie bardzo postąpiła, właśnie dlatego, że nie odnaleźliśmy skuteczniejszego środka niż rtęć, a jod od wieku do terapii wprowadzony, jakkolwiek w poszczególnych przypadkach i stanach choroby bardzo skuteczny, nie zastąpi jednak rtęci ani jéj z leczenia kiły nie usunie. Szczególnie ostatnie dziesiątki lat wykazują, że usunięto poszukiwania za swoistemi lekami w kile na najdalszy plan i słusznie, a usiłowano udoskonalić podawanie leków w kile używanych. Nie podzielając bynajmniéj zdania, że na tem polu dużo zdziałano, przeciwnie uważając wymyślanie coraz to nowszych przetworów rtęci za rzecz prawie obojętną, mam to przekonanie, że w leczeniu kiły postąpiliśmy raz dlatego, iż z większą pewnością i właściwiéj rtęć podawać nauczyliśmy się, powtóre, iż coraz więcéj utrwalamy się w przekonaniu, że n i e l e c z e n i e c h o r o b y, a l e l e c z e n i e c h o r o b ą d o t k n i ę t y c h jest najważniejszym czynnikiem w leczeniu.

Dwa poważne względy w leczeniu kiłą dotkniętych wchodzą w rachubę. Gdy kiła należy do chorób zaraźliwych, z łatwością udzielających się otoczeniu, najpierwszym obowiązkiem lekarza jest działanie swoje w tym kierunku wysilić, aby, o ile to możliwe, choroba się nie rozpowszechniała, na drugi zaś plan schodzi ratowanie dotkniętéj jednostki od bardzo niemiłych, często bardzo groźnych następstw kiłowego zakażenia.

Pod względem szerzenia się choroby zbyt wiele terapiją racyjonalną zrobić nie można, ważniejszą rzeczą są ulepszenia, mające na celu zapobiedz szerzeniu się choroby przez odpowiednie uregulowanie prostytucyi, jak wiadomo zależne jedynie od rządów. Że jednak racyjonalne leczenie kiły nie jest bez wpływu, mamy dowód właśnie w naszem mieście, gdzie z zmniejszeniem się liczby leczonych żołnierzy na kiłę w szpitalach wojskowych skargi wojskowości ustały. Nie odmawiając pod tym względem zasługi dozorowi lekarskiemu policyjnemu, nie podobna zaprzeczyć jéj i oddziałowi kił. kobiecemu, którego największy kontyngens składa się właśnie z prostytutek najniższego rzędu, oddających się żołnierzom.

Bardzo słusznie żądają poważni autorowie, na których czele postawić należy Fourniera, aby o ile to być może, kiłą dotkniętych leczyć w szpitalach, tym sposobem zapobiega się niewątpliwie szerzeniu się choroby. Nie wolno nam jednak przemilczeć, że obecny stan naszych szpitali bynajmniéj nie ułatwia leczenia, ale przeciwnie je utrudnia. Kiła jako choroba przewlekła wymaga najkorzystniejszych dla odnowy organizmu warunków. Tych zawsze przepełnione i niedostatecznie warunkami hygijenicznemi uposażone szpitale dostarczyć nie mogą Dlatego też nie da się zaprzeczyć, że szpitale nasze w obecnych warunkach mniéj korzystnemi wynikami leczniczemi poszczycić się mogą, niż zakłady prywatne i lecznice ambulatoryjne w korzystnych warunkach prowadzone.

Nie ma niestety jedności w leczeniu kiłą dotkniętych i podczas gdy jedni rozpoczynają ogólne leczenie z chwilą niewątpliwego rozpoznania choroby, a więc już w okresie pierwszym uogólniania się choroby przed wystąpieniem objawów ogólnych na powłoce skórnéj lub błonie śluzowéj, drudzy czekają chwili objawienia się ogólnych zmian zakażenia kilowego. Zdawałoby się na pierwszy rzut oka, że pierwsi postępują racyjonalnie, po co bowiem czekać z zastosowaniem środka swoiście działającego, gdy nie ulega kwestyi, że zakażenie kiłowe istnieje. Tymczasem nieuprzedzona jak sądzę obserwacyja każe drugim przyznać racyję, to jest tym którzy leczą kiłę z chwilą ukazania się ogólnych objawów

[1]) Artykuł wyjęty ze sprawozdania naukowego przedłożonego Wydziałowi krajowemu za r. 1891.

choroby, bo wyniki leczenia, jak codzienne doświadczenie stwierdza, są lepsze. Nawet rozumowaniem działanie ostatnich poprzeć można, jak to poniżéj wykażę.

Wspomniałem, że rtęci przypisujemy swoiste działanie w leczeniu zakażenia kiłowego i nie wątpię, że każdy musi wierzyć w swoiste działanie rtęci, gdy widzi rezultaty leczenia kiły w odpowiednim okresie. Weźmy jako najbardziéj w oczy bijący przykład chorego kiłą dotkniętego w pewnym okresie, którego z jakichkolwiek powodów dotąd zupełnie nie leczono. Oto zmiany choroby najliczniejsze i najbardziéj rozrzucone w rozmaitych narządach ustępują tak raźno nawet bez miejscowego leczenia, że niepodobna przypuścić, aby kiedykolwiek odnaleziono lek raźniéj, pewniéj i skuteczniéj działający. Dla przykładu jednak porównajmy wyniki leczenia kiły w chwili istniejącego owrzodzenia pierwotnego i zajęcia gruczołów pachwinowych. Tutaj rezultat leczenia będzie nieporównanie mniéj efektowny i trwały; często prawie bez rezultatu pozostaje leczenie, bo objawy albo w tym samym stanie się znajdują albo bardzo wolno się zmniejszają, niekiedy zaś, choć rzadko, się wzmagają. Zapytujemy, dlaczego taki różny jest wynik leczenia. Mimowoli nasuwa się myśl, że stan chorego w pierwszym przykładzie jest odpowiedni dla leczenia, czyli innemi słowy, że rtęć w niektórych okresach rozwoju choroby działa skuteczniéj zapewne dlatego, że rtęć niszcząca objawy kiłowego zakażenia działa najsilniéj przez usuwanie istniejących objawów, gdy równocześnie ustrój przez wytwarzanie objawów na skórze i błonach śluzowych zakażenie usuwać się stara. Wówczas z podwójnym wrogiem spotyka się zakażenie, bo z jednéj strony z rtęcią, z drugiéj z nieznanym czynnikiem natury ujawniającym objawy ogólnego zakażenia. Zapewne należałoby udowodnić, że w ujawnianiu się choroby, że wysypki, kłykciny, kilaki i t. d. są tworami siły leczniczéj organizmu, jak n. p. w niektórych przynajmniéj chorobach podwyższenie ciepłoty czyli gorączka. Jakkolwiek tego udowodnić nie umiemy, przypuszczenie to co najmniéj jest usprawiedliwione. Leczenie kiły w pierwotnym okresie choroby, gdyby nawet było równie skuteczne jak w późniejszych okresach, nie powinno być ogólnie zalecane, albowiem stanowczo twierdzę, że tylko w tych przypadkach mamy prawo z bezwzględną pewnością rozpoznawać kiłę, gdy zjawią się ogólne objawy. Każdy doświadczony lekarz rzetelnie traktując sprawę, musi przyznać, że nieraz fałszywie rozpoznał chorobę, śpiesząc się na pewno z rozpoznaniem przed wystąpieniem objawów ogólnych. Mam świeżo w pamięci takie przypadki, obserwowane w dalszym przebiegu przezemnie, w których najpoważniejsi syfilidologowie, przed których wiedzą i doświadczeniem korzyć się należy, błędnie zakażenie kiłowe rozpoznawali i sami rozpoznanie odwoływali. Jeśli takie przypadki mogą się zdarzać najbieglejszym specyjalistom, dlaczego nie miałyby one częściéj zdarzać się lekarzom niespecyjalistom, w rękach których, t. j. niespecyjalistów leczenie kiły przeważnie spoczywa. Kto leczy kiłę z chwilą wystąpienia pierwotnego objawu, ten może się łudzić, że w niejednym przypadku tak dalece doszczętnie wyleczył, że nigdy objawy ogólne nie wystąpiły — a mam to przekonanie, że właśnie te przypadki polegają najczęściéj na błędnem rozpoznaniu i w tych właśnie przypadkach bez leczenia równie szczęśliwym byłby przebieg choroby, to jest do wytworzenia zmian ogólnych niewątpliwe zakażenie stwierdzających, z pewnością nie przyszłoby. Sądzę wreszcie, że nieobojętną jest rzeczą dla chorego niepewność, czy przebył on chorobę cały wiek trwać mogącą, która najrozmaitsze, bardzo często aż nadto groźne i we wszystkich organach zmiany wywołuje. Pewność, że się kiłę nabyło, zmusza chorego do odpowiedniego trybu życia przez cały okres życia; pewność zaś, że kiły się nie przebyło, chociaż znamiona pierwotne zakażenia istniały, tj. twarde owrzodzenie i pozornie specyficzne gruczoły, również bardzo wiele waży, bo daje gwarancyję, że nie potrzeba się obawiać następstw zakażenia kiłowego, gdy 3—6 miesięczna obserwacyja nie stwierdziła objawów kiły ogólnéj.

Z tego wychodząc założenia, że rtęć działa swoiście z chwilą istnienia ogólnych objawów, nigdy nie rozpoczynamy obecnie leczenia przed wystąpieniem zmian czy to na powłokach skórnych, czy na błonach śluzowych. Ponieważ chorych tak w szpitalu jak i w ambulatoryjnem leczeniu bez terapii zostawić nie można, przeto ograniczamy się w chwili istnienia pierwotnego objawu do stosowania środków działających na owrzodzenie, stwardnienie i powiększenie gruczołów limfatycznych. Przyznajemy się, że zapas środków przez nas używanych jest bardzo ograniczony; jeżeli jest owrzodzenie, posypujemy je 1—2 razy dziennie proszkiem kalomelu po dokładnem obmyciu i oczyszczeniu lub przykładamy maść z kalomelu (1—15), gdy siedziba owrzodzenia nie pozwala używać proszku, albo wreszcie przykładamy plaster rtęciowy *(Empl. hydrarg. c. sapon āā 10,00, Ol. olivar. q. s. ut f empl. molle)*, a gdy owrzodzenie jest zabliźnione, przykładamy tylko plaster tak na stwardnienie jakoteż na gruczoły. Przywiązując wielką wagę do miejscowego leczenia kiły szczególnie w okresie ogólnéj wczesnéj i późnéj kiły, leczymy je bardzo starannie, przed wystąpieniem zaś ogólnych zmian ograniczamy się do pomazywania stwardnienia co kilka dni sublimatem rozpuszczonym w wyskoku (1 : 20). Ale już w tym okresie przyzwyczajamy chorego do zachowywania się, które przestrzegać musi przez cały przebieg leczenia. Znając dokładnie zjawisko, iż objawy kiły występują przedewszystkiem w miejscu drażnień, staramy się je usuwać; polecamy więc utrzymywać jamę ustną wraz z zębami w idealnéj czystości i w tym celu polecamy płukanie ust chloranem potasowym, łyżeczka na 3 szklanki letniéj wody i czyszczenie zębów, zabraniamy palenia tytoniu, używania ostrych pokarmów i napojów, polecamy ciepłe kąpiele dwa razy na tydzień lub co korzystniéj parowe łaźnie, i staramy się, aby leczony zwolna odwykał od tych nawyczek, które są zdrowiu szkodliwe i zachowywał się tak, jak człowiek najtroskliwszy o zdrowie i starał się o najkorzystniejsze dla odnowy ustroju warunki — ani fizycznie ani umysłowo nie wytężał się, aby przebywał ile możności na świeżem powietrzu, dobrze się odżywiał i wysypiał się i t. d. (Dok. nast.)

II. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardziela i krtani.

Skreślił

T. Heryng w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Kiedy w roku 1888 V o l t o l i n i ogłosił swe wyniki o stosowaniu elektrolizy w cierpieniach krtani i podał cały szereg w tym celu zbudowanych narzędzi, sprowadziłem takowe i rozpocząłem niemi odpowiednie próby, trzymając się podanych przez autora wskazówek. Próby rozpocząłem od użycia t. zw. widełków elektrolitycznych w prze-

roście migdałków, w przeroście muszel nosowych, następnie w leczeniu zwężeń krtani. Obeznawszy się nieco z wynikami téj metody, w styczniu z. r. zacząłem tytułem próby używać elektrolizy do niszczenia nacieków gruźliczych. Następnie z powodów odemnie niezależnych przerwałem próby na dwa miesiące i napowrót rozpocząłem je w kwietniu. Dalszą zachętą do stosowania téj metody była dla mnie broszurka, ogłoszona w r. 1889 przez Kafemana: *„Ueber elektrolytische Operationen in den oberen Luftwegen"*, która w miesiącu lipcu do mych rąk się dostała. Podczas gdy pierwsze próby robiłem za pomocą narzędzi Voltoliniego, zacząłem późniéj stosować t. zw. podwójną elektrodę Kafemanna, przeznaczoną do przyżegań owrzodzeń gruźliczych, w formie podwójnego strzemienia.

Pierwsze doświadczenia wykonywałem z bateryją Stöbrera, nie mając w danéj chwili innéj do dyspozycyi. Uważam ją jednak jako nieodpowiednią w tym celu, szczególniéj, jeżeli nie jest połączona z galwanometrem i reostatem. Wspomniałem już, że pierwsze próby stosowania elektrolizy robiłem na przerosłych migdałkach. Wbijałem w nie kolejno w kilku miejscach widełki elektrolityczne Voltoliniego po uprzedniem znieczuleniu kokainą. Ilość elementów użytych wynosiła 10—14 Stöhrera. Czas trwania działania 30—60 sekund. Jako kryteryjum służyło mi wystąpienie w obrębie wkłótych igiełek licznych pęcherzyków występujących w formie piany i zbielenie tkanki naokoło elektrody. Trzymałem się więc w tym względzie wskazówek, podanych przez Voltoliniego, których jednak dziś za dostateczne uznać już nie mogę. Dla przekonania się, jak się przedstawiają pod mikroskopem zmiany w migdałkach, powstałe pod wpływem elektrolizy, t. j. jak daleko sięga niszczące działanie w ten sposób zastosowanego strumienia, wycinałem na drugi lub trzeci dzień migdałki za pomocą nożyka i po odpowiednich przygotowaniach barwiłem błękitem metylowym, uwydatniającym głównie jądra komórek. Wyników podjętych przezemnie w tym kierunku poszukiwań ogłosić jeszcze teraz nie mogę; stanowić one będą przedmiot osobnéj pracy. Pod względem klinicznym zaznaczam tu, że za pomocą téj metody możemy zniszczyć przerosłe migdałki, że strupy i nekrotyczne ogniska mniéj lub więcéj po 8-iu dniach się oddzielają, migdałek zmniejsza się znacznie, powierzchnia jednak blizny jest nierówną, wzgórkowaną, jak gdyby gruboziarnistą. Ze względu na potrzebę kilkakrotnego użycia widełków, nawet przy migdałkach średniéj wielkości i na bolesność saméj manipulacyi, metoda ta nie przedstawia zdaniem mojem wielkich korzyści. Dodać tu muszę, że igły przezemnie użyte, zanurzone były w tkance blisko na centymetr. Również mało zadawalające okazały się próby niszczenia tą metodą przerosłych muszel dolnych lub średnich tak, że od nich zupełnie odstąpiłem.

Wyniki stosowania elektrolizy w cierpieniach nosa nie były pomyślne. Wprowadzanie dwóch igieł w przerosłe przednie końce muszel dolnych wywoływało stosownie do siły użytego strumienia do odległości pomiędzy igłami i do głębokości, do jakiéj drążyły w tkankę, mniéj lub więcéj rozległe zmiany. Strup wytworzony trzymał się jednak długo, 8—10 dni; gdy odpadł, rana wymagała do zagojenia mniéj lub więcéj takiegoż samego czasu. Efekt leczniczy nie odpowiadał oczekiwaniu. Potrzeba było w kilka miejsc od siebie oddalonych wkłuwać igiełki, co niepomiernie przedłużało czas leczenia. Reakcyja była we wszystkich prawie przypadkach dość znaczną, bolesność rękoczynu o wiele silniejszą od przypalania żegadłem. Ponieważ prócz tego operacyja ta wymaga dłuższego czasu, metodę tę wkrótce porzuciłem.

Co do stosowania elektrolizy w skrzywieniach i eksostozach jamy nosowéj niewiele obecnie mam do powiedzenia. Nie mogę się pochwalić tak pomyślnemi wynikami, jakie w r. 1888 ogłosił Miot [1]). Stosowałem elektrolizę tylko w trzech przypadkach. W dwóch po czterech posiedzeniach efekt nie był dostatecznie silny i zmusił do dalszego użycia galwanokauteru. Być może, że przyczyną było zbyt krótkie stosowanie strumienia (2 minuty — 15 M. A.) podczas gdy Botey,[2]) wprowadzając kilka igieł, połączonych z biegunem ujemnym, przedłużał czas posiedzenia aż do 20 minut. Dodać muszę, że chorzy przy elektrolizie odczuwali bóle tak silne w zębach i w szczęce górnéj, że zmusiły do przerwania posiedzeń. W jednym przypadku skutkiem zbyt głębokiego wprowadzenia igieł, nie dość równolegle do przegrody, po dwóch tygodniach nastąpiło przedziurawienie przegrody w formie podłużnéj szpary, która częściowo tylko się zabliźniła.

Zbyt mała liczba spostrzeżeń dotąd jeszcze nie dość konsekwentnie przeprowadzonego leczenia elektrolizą nie pozwala mi wyprowadzenia stanowczych co do jéj wartości wniosków, zamierzam jednak w odpowiednich przypadkach skrzywień nosa leczenie elektrolizą w dalszym ciągu stosować.

Co do nowotworów jamy noso-gardłowéj, w których stosowano tę metodę, wiadomo tylko, że V. v. Bruns przy jéj pomocy niszczył twarde włókniaki i to z wynikiem względnie bardzo pomyślnym. Jakkolwiek w jednym przypadku potrzeba było 130 posiedzeń, leczenie zaś przedłużyło się aż do 20 miesięcy, to jednak wyznać należy, że w obec tak niebezpiecznego cierpienia, jakiem są twarde włókniaki jamy noso gardzielowéj, długość trwania kuracyi nie jest w stanie zdyskredytować metody. Zważmy tylko, ile to razy chorzy z cierpieniem o wiele mniéj niebezpiecznem, n. p. z chronicznym katarem gardła, wysyłani są do wód, przepędzają zimę w stacyjach klimatycznych, porzucają obowiązki i domowe ognisko i powracają do domu, nie doznawszy najmniejszéj poprawy, a wszakże pod względem ważności tych dwóch cierpień, wcale ze sobą porównać ich nie można.

Wyniki, ogłoszone przez Grönbecksa wykazują na 33 przypadków włókniaków twardych jamy noso gardłowéj, 19 wyleczeń, 11 popraw; w 2 przypadkach poprawa nie nastąpiła.

W obec ulepszonych dziś przyrządów i narzędzi elektrolitycznych czas leczenia włókniaków jamy noso-gardzielowéj znacznie się skraca, jak to wynika z doświadczeń Kuttnera, dokonanych w klinice Prof. Krausego w Berlinie. Kuttner wykazał, że bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego można było, posługując się reostatem, używać strumienia o sile 70—80 M. A, pod którego wpływem masy nowotworowe niemal że topniały. Muszę tu nadmienić, że w jednym przypadku przymiotowego zwężenia jamy gardłowéj u kobiety 24-letniéj, u któréj na skutek owrzodzeń ściany tylnéj gardła i podniebienia nastąpiło lejkowate zwężenie jamy gardłowéj, o średnicy

[1]) *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de rhinologie.* — [2]) *Archivos internacionales de Laringologia, Otologia* etc. N. 8. y. 9. 1891. Barcelona.

8 mm., użyłem pętki elektrolitycznéj Voltoliniego. Jak już wspomniałem, składa się ona z dwóch izolowanych rurek metalowych, ułożonych jedna nad drugą na podobieństwo zwykłéj galwano-kaustycznéj pętli (*Schlingenschnürer*); wprowadza się do niéj drut stalowy długości 1½ łokcia, rozdzielony w środku małym krążkiem z kości słoniowéj. Anoda i katoda działają tu więc oddzielnie. Sposób operowania był następujący. Przeprowadziwszy przez nos kateter do jamy noso gardzielowéj, udało mi się koniec jego przesunąć przez otwór w podniebieniu i wprowadzić aż do jamy ustnéj. Do końca kateteru umocowałem jedno ramię stalowéj pętli i wciągając kateter przez nos wyprowadziłem drut przez nozdrze na zewnątrz. Następnie na koniec wystający drutu nasunąłem kawałek cienkiego kateteru, długi na 12 ctm, aby w ten sposób podłogę jamy nosowéj ochronić od zetknięcia z przewodnikiem. Drugie ramię drutu, wystające z ust, zostało razem z końcem nosowym wprowadzone w podwójne rurki zaciskacza i umocowane w rączce; guziczek kościany tego drutu znajdował się tuż przy zwężeniu w gardle. Przez puszczenie strumienia i jednoczesne skracanie pętli w ciągu 3 minut rozciąłem zwężenie, a po odpadnięciu strupa, uzyskałem kanał, blisko na 2 cm. szeroki, który dla swobodnego oddychania wystarczał. Dłuższy czas prowadzone rozszerzanie za pomocą metalowych Beniquet'ów zapobiegło ponownemu zwężeniu.

Co do stosowania elektrolizy w zwężeniach krtani natury bliznowéj, niewiele mam dotąd doświadczenia. U chorych po dokonanéj już tracheotomii używałem dla elektrolizy cynowych trójkątnych bolców Schröttera, a to w następujący sposób. Do uszka, służącego dla przeprowadzenia jedwabnego kordonka, przymocowałem miękki przewodnik metaliczny, opleciony jedwabiem, który łączyłem z biegunem ujemnym bateryi. Biegun zaś dodatni w formie szerokiéj metalowéj, mocno zwilżonéj elektrody aplikowałem na kark lub na klatkę piersiową. Po wprowadzeniu do krtani w zwykły sposób bolca cynowego puszczałem strumień, powiększając stopniowo ilość elementów Stöhrera od 2—10. Działanie strumienia trwało 2—3 minut, poczem w miejscach będących w zetknięciu z bolcem wytwarzał się dość gruby białawy strup obumarłéj tkanki, który po kilku dniach odpadał. W ten sposób chciałem niszczyć wytwory bujania tkanki łącznéj, nowowytworzonéj, aby ułatwić tem możność szybszego rozszerzania. Dla umiejscowienia leczniczego efektu zamierzam obecnie w przypadkach przerostu strun lub ściany tylnéj pokryć lakierem, izolującym tę powierzchnię bolca, która styka się ze zdrową tkanką. Pomimo gruntownéj zmiany poglądów na uleczność suchot krtaniowych, jako też zmiany metod leczniczych, stosowanych w tém cierpieniu w ciągu ostatniego lat dziesiątka, wyniki terapeutyczne w wyjątkowych tylko przypadkach okazały się pomyślnemi. Przyczyną tych nieudatnych nieraz usiłowań lekarza jest, jak wiadomo, prawie zawsze występujące powikłanie suchot krtani z suchotami płuc. Przedmiot ten tylekrotnie poruszałem, że omawiać go w tém miejscu uważam za zbyteczne. Natomiast zajmę uwagę czytelnika temi niezbyt częstemi przypadkami suchot krtani, w których sprawa jest zpoczątku zlokalizowaną w tym wyłącznie organie, zmiany zaś w płucach albo jeszcze nie istnieją, albo też są skryte, dzisiejszemi metodami badania wykryć się nie dające. Przypuśćmy, że jak to zwykle bywa, stan ogólny w danym przypadku mało ucierpiał, funkcyje są niemal prawidłowe, a zajętą jest w krtani, albo jedna jéj połowa, np. struna fałszywa, albo tylna ściana krtani. Lusterko wykrywa ograniczone guzowate wzniesienie, blade, nieco nierówne, gdzieniegdzie jakby ziarniną pokryte, lecz nie owrzodzone. Oko wprawne odrazu rozpozna, że guz jest nasiękiem gruźliczym, choć nieraz uzasadnić tego rozpoznania z początku lekarz nie będzie w stanie. Jeżeli jednak anamneza lub przebieg lub nieznaczne zmiany w płucach, lub co ważniejsza, badanie plwociny wyjaśni sprawę, to zgodnie z postawionemi przezemnie wskazaniami, przyjętemi już dziś przez większość kolegów, należy nasiąk ten bezwarunkowo zniszczyć i to zniszczyć doszczętnie. Doświadczenie bowiem nauczyło, że ognisko zakażenia gruźliczego, jakkolwiek w bardzo nielicznych przypadkach dobrowolnie na drodze eliminacyi złogów gruźliczych, t. j. przez owrzodzenie, rozpad i zbawienną produkcyję tkanki łącznéj ulega zabliźnieniu, najczęściéj jednak staje się ono powodem dalszéj infekcyi, z początku miejscowéj, późniéj ogólnéj, w czém dopomaga układ naczyń i gruczołów limfatycznych, głęboko położonych. Te ostatnie, jak to już dowiodły badania sekcyjne, przenoszą zarazek, t. j. laseczniki, do gruczołów oskrzelowych lub, co również zostało dowiedzionêm, wywołują gruźlicę opłucnéj, okrywającą wierzchołki płuc. (Pfeiffer). Zadaniem lekarza w obec tego rodzaju nasięków gruźliczych będzie przedewszystkiem usunięcie ogniska gruźliczego, i wzmocnienie odporności organizmu, a więc poprawa odżywiania i sił chorego, wiemy bowiem, a nauczyło nas tego kliniczne doświadczenie, że natura sama sprawy tego rodzaju leczy, wiemy również, że właśnie przez poprawę odżywiania bez środków specyficznych zabijających laseczniki, grunt, na którym się one rozwijają, staje się dla ich proliferacyi nieodpowiednim.

Kierując się temi względami, przyjęto dzisiaj, aby nasiąk początkowy zniszczyć. Do rzędu środków używanych w tym celu należą, jak to w poprzednich moich pracach wyłożyłem, kwas mleczny i wyłyżeczkowanie nasięku. Są jednak przypadki, w których obydwa te środki zawodzą, może dlatego, że kwas mleczny nie jest w stanie z powodu obfitego nasięku wniknąć dość głęboko do tkanek zajętych, łyżeczką zaś nie wszędzie dotrzeć możemy. I tak nasięki strun fałszywych lub głębokie, skryte owrzodzenia torebki Morgagniego są bardzo do leczenia trudne. Można wprawdzie za pomocą podwójnéj okienkowéj kiurety Landgrafa wyciąć nasiąk strun fałszywych, sam rękoczyn jednak wymaga dużéj wprawy i jak się o tem przekonałem, może się stać przyczyną dość znacznego krwawienia. Również niedostępne dla kiurety okazały się guzowate nasięki, umiejscowione na tylnéj powierzchni nagłośni, w pobliżu tak zw. guza Morgagniego, bogate w gruczoły śluzowe. Naokoło tych gruczołów głęboko położonych wytwarza się rozlany gruźliczy nasiąk, który nieraz sięga blisko na centimetr w głąb tkanki. Nasiąk ten jest bardzo trudny do usunięcia, gdyż ani kiuretą, ani galwanokauterem, pomimo wielokrotnych usiłowań, doszczętnie zniszczyć go nie zdołałem.

Również trudnem okazało się leczenie t. zw. *chorditis tuberculosa*, w któréj złogi gruzełków, jak to widać na rysunkach preparatów pomieszczonych w méj pracy na tablicy 2-éj, leżą nie tylko w błonie podśluzowéj, ale i w mięśniu saméj struny głosowéj. Wymienione tu trzy lokalizacyje sprawy gruźliczéj krtani, a mianowicie cierpienie guza nagłośni, nasięki strun fałszywych i *chorditis tuberculosa* zmusiły mnie do szukania nowéj metody leczniczéj, t. j. środka

którego zastosowanie w krtani byłoby technicznie łatwiejszem od użycia narzędzi ostrych, nie sprowadzało krwotoków, nie wywoływało zbyt silnéj zapalnéj reakcyi, nie powiększało więc obrzęków i dysfagii. Zastosowanie galwanokauteru w tego rodzaju cierpieniach nie odpowiedziało mym oczekiwaniom i zmusiło do stosowania elektrolizy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie.

Podał
Dr. W. Łepkowski
b. asystent Klin. chirurg. Uniw. Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 7.)

Nr. IV, V i VI odnoszą się właśnie do wspomnianych badań, dodać tylko muszę, że brakuje mi pięciu zębów, i to czterech trzonowych i jednego dwuguzikowego, nadto jeden trzonowy w ostatnich czasach został z powodu głębokiéj i rozległéj próchnicy zaplombowany, jak również jeden dwuguzikowy z powodu małego karyetycznego ogniska, a więc w chwili, kiedy badania te, o których mowa, podjąłem, próchnicy już nie było.

VII. Mając w dalszych przypadkach dzieci, u których jeszcze istniały zęby mleczne, uważałem za stosowne się przekonać, jaką ilość CaO znajdziemy w popiele śliny dziecka z zupełnie dobrem i zdrowem mlecznem uzębieniem. L. W., lat 7, dobrze odżywiony i zbudowany, uzębienie w zupełnie prawidłowym stanie, a badanie wykazuje 2,956% CaO., cyfrę wyższą nieco, niż u dorosłych. Czemu to przypisać należy, z tego jednego przypadku, jaki znalazłem, trudno rozstrzygać, jednak być może, że w głębokości wyrostków zębowych wytwarzające się zęby stałe odgrywają pewną rolę.

Liczba VIII, IX, X tablicy dotyczy człowieka lat 22½, dobrze zbudowanego i odżywionego, u którego już mamy do czynienia z próchnicą, silną i głęboką, bo prawie połowę korony zęba siecznego bocznego lewego szczęki górnéj zajmującą i z powierzchownem zajęciem środkowéj ściany zęba siecznego środkowego lewego. Nadto znachodzimy brak dwóch zębów szczęki dolnéj. Badania wykonałem tutaj te same, jak pod IV, V, VI, a wynik otrzymałem ten sam, gdy najwyższa ilość CaO wynosiła 4,98% sześć i pół godzin po obiedzie z tą różnicą, że wszędzie, tak na czczo, jak i bezpośrednio po obiedzie otrzymane wyniki są wyższe, niż te, które uzyskałem w stanie normalnym przy zębach, niedotkniętych próchnicą. Idąc za radą S t i c k e r a w doświadczeniach IV, V, VI i VIII, IX, X używałem dla szybszego wydzielenia się śliny kryształków *cocaini mur.*. co pozwalało w przeciągu 20 minut otrzymać około 20 sz. cm. śliny, a sądzę, że ułatwienie to w tych przypadkach, gdzie chodziło o zbadanie li tylko wpływu pokarmów na ilość wapna w ślinie, wpływu na otrzymane wyniki nie wywierało.

Dalsze doświadczenia przedstawiają cały szereg chorych z mniejszą lub większą ilością zębów, próchnicą dotkniętych, aż do liczby XXVIII wyłącznie. Tu już w żadnym z tych przypadków kokainy nie stósowano. Ślina powolnie zostawała, w miarę nagromadzenia się jéj w jamie ust, od dawaną tak, że zbiór jéj w dostatecznéj ilości do badania potrzebny trwał często i do godziny.

XI S. L. lat 32, dobrze zbudowany i odżywiony, jeden ząb trzonowy silnie przez *caries* zajęty, zresztą wszystkie zęby prawidłowe.

XII. p. IV. Przypadek ten dotyczy mnie samego, gdyż ślina wziętą została jeszcze w chwili, kiedy zęby próchnicą dotknięte nie były zaplombowane, a wynik badania bardzo ładnie uwydatnia różnicę, gdyż z 4,56% ilość wapna po zaplombowaniu spadła na 2,09%.

XIII. E. H., chora, licho zbudowana i odżywiona, podaje, że zęby do chwili zajścia w ciążę, t. j. przed półtora rokiem miała zupełnie zdrowe, a dziś istotnie jama ust rozpaczliwie wygląda. Sześć zębów braknie, czternaście dotkniętych próchnicą, szczególniéj dotyczącą szyjek zębowych tak, że n. p. w zębach siecznych szczęki górnéj zaledwie cienkiemi mostkami korony są połączone z korzeniami.

XIV i XV A. H. lat 34. Jest to zupełnie do poprzedniego podobny przypadek, gdyż chora utraciła podczas pierwszéj ciąży zębów ośm, a teraz w dwa miesiące po rozwiązaniu przychodzi z siedmioma silnie zajętemi zębami. Zebrana ślina przed wyrwaniem zębów wykazywała 3% CaO. w popiele. W tydzień potem widziałem chorą, chcąc dla dalszego badania jeszcze raz ślinę zebrać. Od chwili operacyi chora miała dreszcze, gorączkowała, a w czasie mojéj bytności termometr wykazywał 38,5°. Badanie wewnętrznych organów prócz lekkiego powiększenia śledziony zmian ważniejszych nie przedstawiało. Miejscowo w okolicy lewego kąta szczęki dolnéj był guz wielkości pięści, przedstawiający własności ostrego ropnia, za którego uciskiem ropa jednak do jamy ust się nie wylewała. W tym stanie choréj zebrana ślina zawierała na 100 części popiołu zaledwie 1,85 CaO, a ten znaczny ubytek przypisać należy chyba jedynie tylko podwyższeniu ciepłoty, nie zaś temu, że ilość brakujących zębów na 15 się powiększyła. Zatem przemawiają jeszcze dwa inne przypadki, jak numer tablicy XIX i XXIX, o których poniżéj pomówię.

XVI i XVII J. lat 38, osoba o delikatnym kośćcu, bardzo lichem odżywieniu. Chora podaje, co następuje. Przechodzić miała dwa porody; podczas drugiéj ciąży prawie nagle zaczęły jéj się psuć zęby szczęki górnéj tak, że dzisiaj ma 13 zębów karyetycznych, a z tych 9 o zupełnie zniszczonych koronach, nadto dwóch zębów brak. Chcąc zastąpić b r a k i za pomocą sztucznych, chora zdecydowała się na wyrwanie siedmiu zębów szczęki górnéj. Ślina, badana przed wyrwaniem i w tydzień po niem wielkich różnic bynajmniej nie wykazywała tak, że przypuszczać należy, że sama ilość próchnicą dotkniętych zębów znacznego wpływu na ilość Ca O. w popiele nie ma.

XVIII. J. S. lat 12, dość dobrze zbudowany, nader blady i niedokrewny. Chory od dwóch lat, jak matka opowiada, cierpi na chorobę zębów, a dziś już w tak wczesnym wieku zęby sieczne szczęki górnéj o zupełnie zniszczonych koronach, sześć zaś innych zębów, mianowicie kły, dwa trzonowe dolne i dwa dwuguzikowe górne lewe silnie próchnicą zajęte. Ogółem dziesięć zębów karyetycznych, trzech brak. Ilość CaO. w ślinie dosięga tutaj jednéj z najwyższych znalezionych wartości, bo 5,073%. Przeciwnie bardzo nizką, bo 1,696% znajdujemy w przypadku XIX, mimo, że tu u dziewięcioletniéj dziewczynki mamy także daleko posuniętą próchnicę, która zniszczyła korony 6ciu zębów do połowy, trzech zaś zębów brakowało. Wytłomaczenie tego nizkiego procentu CaO. najprawdopodobniéj szukać musimy w podwyższeniu ciepłoty ciała, które tu podobnie jak w XV przypadku istniało, a mianowicie według rozpoznania lekarza domowego wywołane było influenzą.

XX. E S., lat 8, uzębienie w opłakanym stanie. Czternaście próchnicą dotkniętych zębów, odżywienie nader podupadłe, *scrophulosis* wybitna, chory przedstawia zmiany cechujące krzywicę, i mimo tak znacznego zajęcia zębów ilość CaO chociaż wyższa, niż normalna, bo wynosi 3,379%, jednak nie dosięga bynajmniej nadzwyczajnéj wysokości.

Następne dwa XXI i XXII mają już po 4,90 i 4,098% CaO. w popiele śliny. Pierwszy z nich odznacza się nader słabo rozwiniętém uzębieniem i mimo wieku lat 13-tu nader upośledzonym rozwojem umysłowym. Mówi zaledwie kilka wyrazów, okazuje chód kaczkowaty, czaszkę posiada nieforemną, dość dużą, wyraz twarzy głupkowaty.

Drugi przypadek odnosi się do choréj lat 58, rekonwalescentki po influenzy, zębów karyetycznych 12, jednego brak, a ilość wapna mimo to, że próchnica silniejsza i rozleglejsza, jest mniejszą, niż w poprzednim przypadku. Naj-

wyższe ilości zębów próchnicą dotkniętych znajdujemy u chorych XXIII i XXIV, u pierwszej 21 karyetycznych, u drugiej 20, a u obydwóch ilość CaO. w procencie wynosi te same wartości, jak u ludzi z zdrowem uzębieniem. Tu już termometr nic nie wykazał. Ciepłota normalna, tak wieczorna, jak i poranna, łaknienie dobre, więc wytłomaczenia tego zjawiska może szukać wypada w téj okoliczności, że pierwsza z nich znajdowała się w dziewiątym księżycowym miesiącu ciąży, a popiół zawierał 2,13% wapna, u drugiéj zaś w cztery dni po porodzie 2,66%. Niestety nie rozporządzałem chwilowo tak licznym materyałem, aby módz zbadać zawartość wapna na początkach i w środku ciąży, a podaję tylko te dwa wyniki, przypadkowo otrzymane; może zachęcą one kogo do dalszych a ciekawych badań w tym kierunku. Często zdarza się czytać o tak zwanéj ślinie wapiennéj, przyznać się jednak muszę, że zwracałem w tym kierunku baczną uwagę na wszystkich chorych z kamieniem zębowym, u których ślina ta ma się znachodzić, a badania jéj bynajmniéj jakichś nadzwyczajnych ilości CaO. w popiele nie wykazywały, zaledwie 3% mimo, że mieliśmy tu do czynienia (Nr. XXVI i XXV) z ludźmi, którzy prócz nadzwyczaj silnego obłożenia zębów kamieniem, mieli takowe dotknięte przez *caries*. Chory XXV, bardzo źle odżywiony, cierpi na ustawiczne zaburzenia w narządzie trawienia; chory zaś, XXVI, lat 13½, żadnych w tym kierunku zmian nie okazuje. Dodatkowo do tego szeregu doświadczeń zbadałem ślinę choréj XXVII, lat 48, cierpiącéj od lat pięciu cukrzycę, nader często nagabywaną przez próchnicę.

Ostatnich pięć rozbiorów odnosi się do ludzi zupełnie bezzębnych. Pierwszy z nich utracił wszystkie zęby jeszcze w młodości, a obecnie w 58 roku życia, prócz czterech zębów siecznych szczęki dolnéj nie ma ani jednego, a ilość CaO. w popiele wynosi mimo to 4,19%.

Następny, starzec lat 68, badany wśród podwyższenia ciepłoty ciała do 38,8°, zupełnie bezzębny, okazuje 3,47%, gdy badanie, tydzień późniéj wykonane w chwili, gdy podwyższenie ciepłoty, powstałe z powodu silnego zajęcia oskrzeli ustąpiło, dosięga najwyższéj cyfry, jaką w 32 rozbiorach otrzymałem, tj. 6,91%.

XXXI. Kobieta, lat 61, przed sześciu laty utraciła z powodu próchnicy wszystkie zęby, tak szczęki dolnéj jak górnéj. Badanie wewnętrznych organów, prócz rozległéj rozedmy płuc, nieżytu chronicznego oskrzeli, a nadto miąższowego powiększenia gruczołu tarczykowego, nic nie okazuje.

W tym przypadku wynik badania, chociaż wyższy od normalnego, bo wynosi 3,52%, nie dosięga téj liczby, jaką otrzymaliśmy w dwóch poprzednich i w następującym przypadku. Czy tutaj nieżyt oskrzelowy nie wywoływał podwyższenia ciepłoty, które w innych przypadkach miało wyraźny wpływ na ilość CaO. w popiele, nie badałem podczas zbierania śliny. Na podwyższenie to ilości CaO. w popiele śliny u ludzi bezzębnych zdawałoby się, że późny wiek wpływ pewien posiada. Przypadkowo w ambulatoryjum profesora W a r n e k r o s a napotkałem człowieka (XXXII) lat 42, dobrze zbudowanego i odżywionego, który był zupełnie bezzębny i podawał, jakoby przed dziesięciu laty miał przechodzić jakąś chorobę dziąseł, w skutek któréj wszystkie zęby utracił; ponieważ chory ten, wypytywany w kierunku kiły i leczenia rtęciowego przecząco odpowiadał, nadto od lat dwunastu żonaty, jest ojcem dwojga zdrowych dzieci, zatem o kiłę posądzać go nie można było. O ile z opisów chorego sądzić mogłem, nasuwała mi się myśl, czy przyczyną nie był gnilec. Jednakowoż przeciwko temu przemawia ta okoliczność że w Berlinie i jego okolicach skorbut jak mnie tutejsi lekarze zapewniali należy do nadzwyczajnych rzadkości. Czy skorbut, czy kiła, czy też może jaka inna trzecia nieznana mi przyczyna utratę zębów wywołała, nie wiem. Opierając się jednak na tym przypadku, gdzie procent CaO. w popiele śliny 4,48 wynosił, i na poprzednich podanych rezultatach, powiedzieć mógłbym, że stosunek pewien zachodzi widocznie między brakiem zębów a ilością wapna w ślinie.

Chorzy, od których brałem ślinę do rozbiorów moich, po większéj części rekrutowali się z ambulatoryum instytutu dentystycznego, gdzie obfity materyał nadarzał mi w tym kierunku sposobności. Nadto kilka przypadków uzyskałem za pośrednictwem kand. med. pp. kol. Mielęckiego, Grabowskiego i Lewina, którzy mi takowych z berlińskich klinik łaskawie dostarczali.

Na zakończenie zestawię wyniki powyżéj podane: Ilość wapna w popiele otrzymanym ze śliny prawidłowéj waha się między 2 a 3 gr. na 100. Wahania te zależą od pory, w jakim się ślinę bada ze względu na przyjmowanie pokarmów; nadto rozmaite stany chorobowe, tak jamy ust, jako téż jak się zdaje całego ustroju na ilość tę wpływ wywierają, i tak, podwyższona ciepłota obniża ilość wydzielanego wapna. Jaka jest przyczyna tego obniżenia, na to trudno pewne dać wyjaśnienie, przypuszczać tylko mogę istnienie jakichś wpływów nerwowych. Wiadomą jest rzeczą, jak to H e i d e n h a i n wykazał, że wpływy nerwowe mają związek z ilością wydzielanych soli w ślinie. Czy wpływy te, tak tu przy podwyższeniu ciepłoty, jak i w próchnicy podczas normalnéj ciepłoty, a dalej u ludzi bezzębnych na wyniki badania wpływu nie mają, może to być kwestyją dalszych badań. Ja tylko powiedzieć mogę, że w próchnicy zębów ilość wapna w popiele śliny znacznie się zwiększa, a wahania jéj bynajmniéj od ilości próchnicą zajętych zębów nie zależące, są między 3 a 5,073. Żeby tutaj rozpuszczone wapno z zębów pochodzące wprost z ilością zawartego CaO w ślinie w ścisłym stało związku, prawie przypuścić nie można, zważywszy, co następuje. Najszybciéj postępująca próchnica zębów zdoła zniszczyć takowe w przeciągu jednego roku, a więc jedynie w tym czasie CaO z koron zębowych do śliny przejść może. Ponieważ zaś ślinę badałem nie z całego roku, bo to jest nie możliwe, tylko z trzech kwadransy, podczas których chory ślinę oddawał, więc ilość ta, jakaby przez ten krótki czas z zęba do śliny przejść mogła, absolutnie na otrzymane wyniki wpływu by nie miała i w próchnicy powinnibyśmy otrzymywać tyle CaO, co w stanie normalnym. Obliczenie, jakie w tym względzie, przypuszczając najkorzystniejsze warunki, zrobiłem, wykazało, że w razie szybko postępującéj próchnicy wszystkich zębów, przez rok korony niszczącéj, w trzy kwadranse dostałoby się do śliny CaO 0,000004, a więc ilość, którąby się absolutnie w tablicy nie umieściła, a tem bardziéj uwidocznić nie mogła. Przyczyny więc dla wytłómaczenia zjawiska zwiększenia się CaO w próchnicy nie tu, ale gdzie indziéj szukać by potrzeba. Tak samo nie jasną mi jest kwestyja, dla czego bezzębni, którzy już absolutnie czerpać wapna z zębów nie mogą, stale okazują zwiększoną jego ilość, która nawet do 6, 9, dochodzi. Dwa przypadkowe wyniki, jakie u osób znajdujących się w ciąży, znalazłem, posłużą może do dalszych badań, a razem z tem, że faktem jest, iż kobiety, najczęściéj podczas ciąży tracą zęby, dadzą praktyczną wskazówkę, wysnutą na naukowych podstawach, aby u nich sztucznie zwiększyć dowóz wapna.

Pracę niniejszą wykonałem w pracowni chemii fizyologicznéj prof. dr. K o s s e l a, pod łaskawym kierunkiem asystenta tegoż dr. M. K r ü g e r a, któremu niechaj mi wolno będzie za rady i pomoc jak najuprzejmiej podziękować.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Doc. Neusser: **Badania kliniczne krwi.**

Badanie kliniczne krwi ma doniosłe znaczenie, o ile zmienny jéj skład pouczyć może o zmianach, które zaszły w ustroju. Składniki bowiem morfotyczne krwi dają się w przenośni porównać z agentami firm handlowych, którzy dotąd się wszędzie ukazują, dokąd firma ich się utrzymuje; z chwilą jéj upadku i one znikają z widowni.

Dwie formy białaczki zostały klinicznie stwierdzone, a to „*leucaemia myelogenes i lymphatica*“, gdy forma śledzionowa klinicznie niczem się nie cechuje. Pierwsza forma z zajęciem szpiku kostnego cechuje się obecnością we krwi zwiększonéj ilości ciałek czerwonych z jądrem, komórek eozyną się barwiących (*eosinophile Zellen*), wielkich ciałek białych z jednem jądrem i tak zwanych myelocytów; ciałka białe wielkie z jednem jądrem i myelocyty nie znachodzą się we krwi prawidłowéj a są stałem zjawiskiem w mocno rozwiniętéj *leukaemia myelogenes*. Forma limfatyczna cechuje się natomiast brakiem powyżéj wspomnianych składników a obecnością większéj ilości limfocytów pochodzących z gruczołów limfatycznych. Tylko w „*lymphodermia perniciosa*“ zaliczającéj się do białaczki, zauważono we krwi obok znacznéj limfocytozy zwiększoną ilość komórek eozynowych. Że w téj chorobie ilość komórek eozynowych we krwi się zwiększa, należy przypuścić, iż takowe nie tylko w szpiku kostnym ale i w skórze się wytwarzają. Badanie skrawków skóry chorego z *eczema papulosum*, jak również i z innych chorób skórnych, wykazało w miejscach chorobą dotkniętych obecność komórek eozynowych. W pęcherzycy (*pemphigus*) stwierdzono ich obecność nie tylko w treści pęcherzy, lecz nawet i we krwi. Z spostrzeżeń tych wynika, że komórki eozynowe w chorobach tych skórnych w saméj skórze się wytwarzają i następnie do krwi przechodzą. W ten sposób należy sobie tłómaczyć oddziaływanie korzystne na krew drażnień skóry, n. p. mięsienia, wodolecznictwa. Również zauważył N. w rumieniu lombardzkim pod formą psychóz występującym zwiększoną ilość komórek eozynowych we krwi, a co ważniejsza, zauważył to samo zjawisko także w innych zboczeniach środkowego narządu nerwowego i tak w padaczce, mocznicy, (w obu ustawała eozynofilia już w pół godziny po ataku) hemikranii, psychozie w okresie regularności. W jednym przypadku manii połogowéj, w któréj również stale występuje eozynofilia, był w stanie N. na zasadzie tego dowodu wykluczyć posocznicę (*sepsis*), zwłaszcza, że i ujemny wynik badania bakteryologicznego krwi rozpoznanie to utrwalił.

Jeżli rumień lombardzki w istocie jest choroba nerwu współczulnego i jego rozgałęzień, jeżeli w pierwszo- lub wtórorzędnych cierpieniach nerwu współczulnego (Padaczka, hemikrania, pęcherzyca itd.) zwiększenie ilości komórek eozynowych we krwi spostrzegać się daje, to prawie sama się myśl ta narzuca, że eozynofilię należy uważać za następstwo drażnień nerwu współczulnego. Doświadczalnie wywoływana eozynofilia przez zastrzykiwanie pilokarpiny działającéj na zakończenia nerwów wydzielniczych, przemawia również za przyrodą nerwową eozynofilii. Podobnie jak pilokarpina, działają tuberkulina, kantarydyna, nukleina, żelazo; arszenik zaś i chloran potasowy wywołują zjawianie się ciałek czerwonych zawierających jądro.

Przekonanie Trousseaua, jakoby gościec, migrena, dna, i krwawnice były chorobami zastępującymi się dusznicą nerwową (*asthma nervosum*) zasługuje na wiarę o ile i w nich eozynofilia stale występuje. W sputum astmatyków, w śluzie nosowym u tychże znalazł N. również komórki eozynowe. W plwocinach chorych z rozedmą płuc znachodzą się również a w przypadkach chorób sercowych bez rozedmy płuc ich nie ma; w plwocinach chorych z rozstrzenią oskrzelową występują, w gruźliczych zaś nie. Z tego wynika, że i tu na wystąpienie ich w plwocinach wpływa drażnienie nerwów. Możeby badanie anatomopatologiczne części płucnéj nerwu sympatycznego rzuciło światło na występowanie tych komórek.

W kilku przypadkach osteomalacyi połączonéj z zaburzeniami nerwowemi była również wybitną eozynofilia i takowa zwiększała się w miarę postępu choroby. Kastracya wykonana w jednym z tych przypadków uleczyła chorobę, równocześnie ustała i eozynofilia. Również inne zaburzenia psychiczne, wywołane cierpieniem pierwotnem narządów rodnych kobiecych, wreszcie jajkowanie i miesiączkowanie wywolują eozynofilię. W czasie ciąży występuje ona również a wytłómaczoną jest drażnieniem nerwu współczulnego; wszakżeż tylko temu zadrażnieniu nerwu współczulnego w czasie ciąży przypisać należy łatwość przeobrażenia się nieznacznego przerostu gruczołu tarczykowego w wól naczyniowy, istniejącą przedtem dusznicę oskrzelową (asthma) w śmiertelny obrzęk płuc, zwykłe przekrwienie nerek w ciężką chorobę Brighta i rzucawkę itd. W hysteryi zauważył N. raz zwiększenie, to znów zmniejszenie ilości komórek eozynowych, co zapewne zależeć będzie od dwu form macicznicy przez Trousseaua przyjętych. Jak w osteomalacyi tak i w ciężkich formach hysteryi połączonych z eozynofilią we krwi można kastracyę jako środek leczniczy uważać, *w leukaemia myelogenes* tylko w ostateczności. Eozynofilię spotyka się i w przypadkach torbielaków jajnika a nawet N. był w stanie w jednym przypadku z rozpoznaniem innych lekarzy „*morbus Addisoni*“ (skóra była brązową) właśnie na zasadzie eozynofilii rozpoznać torbielak jajnika, po którego operacyjnem usunięciu barwa skóry i skład krwi prawidłowemi się stały.

Na zasadzie badań krwi należy uznać dwie formy błednicy; jednę z wystąpieniem we krwi składników pochodzących ze szpiku kostnego, a więc komórek eozynowych, myelocytów itd, drugą cechującą się limfocytozą. Pierwsza forma ustępuje pod wpływem żelaza, druga jest nieuleczną i polega prawdopodobnie na niedokształceniu się dziedzicznem narządu krwionośnego (*hypoplasia vasorum*). Toż samo i w postaciach niedokrewności zauważyć można. I u mężczyzn zachodzi ścisły stosunek narządów rodnych do narządów krwiotwórczych. W nasieniu również napotyka się komórki eozynowe, że i tu nerw sympatyczny w grę wchodzi, świadczy występowanie *parotitis* w rzeżączce, *orchitis* przy mumpsie. O wpływie kastracyi u mężczyzn na tworzenie się krwi nie ma dotąd doświadczeń, to jednak pewna, że rzezańcy nie zapadają na choroby skórne, i nie ulegają obłąkaniu. Gruczołowi krokowemu przypisuje znaczenie organu krew wytwarzającego a to na zasadzie najświeższéj pracy Recklinghausena: „*Ostitis*, osteomalacya i osteoplastyczna *carcinosis*.“ (*Aerztl. C. Anz.* N: 3. 1892.).

Dr. Wachholz.

Choroby wewnętrzne.

Drugi kongres dla gruźlicy odbyty w Paryżu w dniach od 28 lipca do 2-go sierpnia 1891.

(Dok. Patrz Nr. 7).

Odziedzicza się tylko skłonność do gruźlicy, a jako przenośnik jadu gruźliczego w wieku dziecięcym główną odgrywa rolę pożywienie. W późniejszym wieku infekcyja — jak Arthaud przypuszcza — przychodzi do skutku w 80% przypadków za pośrednictwem zakażonych mieszkań; krótki pobyt w takiem mieszkaniu nie jest szkodliwy, po pobycie trwającym przeciętnie miesiąc zakażenie następuje z pewnością.

Symptomatologija gruźlicy, jak wyżéj wspomniano, mało przyczynków na kongresie otrzymała Chiais znajdował zmniejszenie wydzieliny mocznika i kwasu fosforowego z wyjątkiem przypadków, bliskich wyleczenia. Skłania się on do zapatrywania Quinquauda, że to upośledzenie wymiany materyi jest pierwotne, niezależne od sprawy gruźliczéj, a przyczyniające się do łatwiejszego rozwoju téj sprawy. Marfan zwrócił uwagę na przypadłości żołądkowe w przebiegu gruźlicy. Podczas pierwszego okresu chorobowego, zwanego przez Bourdona *Dyspepsia praetuberculosa*, istnieje gastralgija i nadmierna kwasota, zazwyczaj

także rozstrzeń żołądka. Zboczenia te są albo objawami rozpoczynającej się sprawy gruźliczéj albo też umożliwiają przez następowe upośledzenie odżywienia rozwój tejże. W późniejszym okresie choroby występujące objawy jak brak apetytu, odbijania kwaśne i cuchnące i wymioty uważa M za następstwo zatrucia toksycznemi istotami wytworzonemi przez prątki gruźlicze.

Ilość i siła redukcyjna oksyhemoglobiny dają według Hénocqua dość pewną wskazówkę co do stanu suchotnika. — Co do badań rozpoznawczych, rozprawiano o środku Kocha. Arloing uważa tuberkulinę za zupełnie zwodniczy środek rozpoznawczy, czemu Cagny stanowczo się sprzeciwia. Za podanie najlepszego środka mogącego służyć do rozpoznania ukrytéj gruźlicy wyznaczono nagrodę 3000 fr., mającą być udzieloną na przyszłym zjeździe dla gruźlicy.

Wielka liczba wykładów traktujących o sposobach zapobiegania gruźlicy nie przyniosły nic nowego, coby miało większe znaczenie.

Co do środków leczniczych, zalecano znowu znaczną ilość istot chemicznych, głównie przeciwgnilnych. Masquey poleca gorąco sole ołowiowe, zwłaszcza octan ołowiowy, który nie tylko działa dobrze przeciw potom, gorączce i rozwolnieniu, ale leczy także takie cierpienia płuc, które gruźlicę za sobą pociągnąć mogą. Verneuil stosuje eter z jodoformem wstrzykując mięszankę w ogniska gruźlicze; aby uniknąć odmy, pozostawia kaniulkę czas jakiś w miejscu injekcyi, aby para eteru ulotnić się mogła. Redard zaleca oliwę z jodoformem. Kreosot stosuje Gimbert, aby uniknąć przypadłości żołądkowych, podskórnie jako 15°/₀ oliwę kreozotową, w taki sam sposób podawał składniki kreozotu: gwajakol i kresylol. W okresach początkowych gruźlicy daje metoda ta według G. znakomite rezultaty. Picot używał do wstrzykiwań śródmięśniowych gwajakolu w połączeniu z jodoformem z bardzo dobrym skutkiem. Tapret zaleca oddychanie przez 4 godziny dziennie powietrzem nasyconem parą kreozotu pod ciśnieniem $1\frac{1}{2}$ atmosfery, Bernheim leczy gruźlicę wdychiwaniami ozonu mającego działać przeciwgnilnie, Valanzuela widział dobre skutki po wziewaniach kwasu nadosmowego. Nadto polecano taninę, wodę chloroformową, *Calcium hippuricum*, *ol. camphoratum*, Sparteinę i i.

Clado starał się drogą fizyczną, działaniem wysokiej ciepłoty niszczyć prątki w stawach dotkniętych gruźlicą. W tym celu zawijał chorą kończynę w watę i wystawiał ją w odpowiednio urządzonym piecyku ciepłocie 110° (!). Na 6 chorych miał tą metodą 4 uleczyć, a u dwóch miało nastąpić polepszenie.

Jako curiosum zasługuje na wzmiankę postępowanie Verneuila i Beretta polegające na tem, że w przypadkach ropnia opadowego wstrzykiwali koki ropne, aby wywołać zapalenie i aby łączące się z niem podniesienie ciepłoty działało szkodliwie na prątki gruźlicze. Przeciw podobnemu postępowaniu z jasnych do zrozumienia powodów występowali liczni mowcy.

Kwestyję uczynienia ustroju odpornym dla jadu gruźliczego omawiano dość obszernie. Osłabianie hodowli prątków nie doprowadziło do pomyślnych rezultatów. Natomiast wstrzykiwanie surowicy krwi zwierząt odpornych jak psa, lub kozy mieli niektórzy mowcy z dobrym skutkiem stosować. Pinard wstrzykuje nawet słabowitym noworodkom surowicę psa pod skórę jako środek zapobiegawczy i zauważył też zmniejszenie śmiertelności u dzieci. W wielkiej części przypadków leczonych zapomocą injekcyj surowicy występuje bardzo uciążliwa pokrzywka, z powodu której chorzy wzbraniają się dalszego leczenia. (*Le Progrès Médical* 1891. c. N. 31, 32.) *Beck.*

Choroby kiłowe.

Lassar: Sposób zachowania się chorych kiłowych podczas leczenia wstrzykiwaniami i wcieraniami.

Dr. L. znany z prac w zakresie syfilidologii przedłożył Towarzystwu dermatologicznemu w Berlinie formularz drukowany, popularnie spisany, zawierający środki ostrożności, jakie dotknięci kiłą częścią dla własnego pożytku, częścią ze względów zapobiegawczo-zdrowotnych zachować winni. Treść jego jest następująca:

Lek jod zawierający (3. r. d. łyżkę stołową) należy zażywać niebawem po jedzeniu, najlepiéj w mleku, po każdem jedzeniu oczyścić zęby (miękką szczoteczką), proszkiem albo mydłem. Nadto cztery razy dziennie usta płukać. N. B. przed rozpoczęciem leczenia udać się do dentysty! Co najmniéj 2 razy tygodniowo wziąść ciepłą kąpiel o 28° R, 30 minut trwającą. Należy przed każdem wstrzykiwaniem skórę z pomocą mydła zmyć. Jak najlepsze odżywianie się (szczególniéj wiele mleka, tłuste zupy, polewki mleczne i piwne, pokarmy strączkowe, mięso i jaja). Przytem należy się zupełnie wstrzymywać od napojów wyskokowych (żadnéj wódki! — lecz od czasu do czasu trochę dobrego piwa można) — także trzeba wstrzymać się zupełnie od spółkowania (także całowanie wzbronione). Wiele ruchu na świeżem powietrzu. Nie palić tytoniu! Wczas kłaść się do łóżka. Koniec leczenia oznaczyć ma zawsze lekarz. Nawet po ukończonem leczeniu należy się 2—3 razy rocznie u lekarza zjawić, mimo pozornego zdrowia. Przedewszystkiem nie zawierać małżeństwa bez uprzedniéj narady z lekarzem. Już w małżeństwie żyjący mają się wstrzymywać bezwarunkowo od spółkowania przez czas dłuższy.

Choroba w każdym przypadku powstała skutkiem zarażenia się, dlatego sumienie każe unikać przeniesienia jéj na inne osoby. (*Berl. klin. Wochschr.* Nr. 6. 1892.) *X.*

Medycyna sądowa.

Odczyty wygłoszone w sekcyi medycyny sądowéj X. międzynarodowego zjazdu w Berlinie 1891. (dok.)

Ungar (Bonn): **O próbach życia.** Z prób życia mają znaczenie praktyczne tylko próba hydrostatyczna płucna Schreiera i żołądkowojelitowa Breslaua. Próba żołądkowa ma cechę istotnéj próby oddechowéj, o ile ruchy wdechowe klatki piersiowéj dozwalają powietrzu wtargnąć do przewodu pokarmowego. Brak powietrza w przewodzie pokarmowym nie przemawia wcale, jak to Breslau sądził, przeciwko życiu zamacicznemu, nawet bezpowietrzność płuc i przewodu pokarmowego nie wyklucza możności, iż noworodek oddychał, a więc żył, choć z drugiej strony przypuszczenie oddychania noworodka przez czas dłuższy przy całkowitym braku powietrza w płucach i przewodzie pokarmowym mało prawdopodobnem być się zdaje. Przewód pokarmowy może przez zawieranie w sobie powietrza przemawiać za oddechaniem, a więc życiem, choć płuca są bezpowietrzne. Możność dostania się powietrza do żołądka wskutek wahań Schultzego i sztucznego wdmuchiwania nie przemawia wcale na niekorzyść próby Breslaua. Obecność powietrza w pętlach jelita więcéj oddalonych od żołądka przemawia za sztucznem oddechaniem, jeśli się zważy, że powietrze z żołądka przy braku ruchów robaczkowych jelit po śmierci daléj przesunąć się nie mogło.

Nie należy zapominać, iż powietrze może się dostać tak do płuc jak i żołądka jeszcze w czasie życia śródmacicznego przy szczególnie sprzyjających warunkach. Jeżli zgnilizna nie jest zbyt daleko posuniętą, nie można wydęcia żołądka i jelit uważać za wydęcie przez gazy gnilne powstałe. Próba żołądkowa przy przestrzeganiu pewnych ostrożności może pouczyć o długości życia po urodzeniu, czego próba płucna nam nie określa; ztąd należy próbę żołądkową przy każdéj sekcyi sądowéj wykonywać.

Strassmann (Berlin): **Zatrucia alkaliami, w szczególności sinkiem potasu.** S. omawia trzy główne objawy pośmiertne za śmiercią z otrucia sinkami przemawiające. Objawami temi są: woń zbliżona do woni gorzkich migdałów, jasnoróżowa barwa krwi i plam trupich, charakterystyczne wejrzenie błony śluzowéj żołądka.

Hofmann, pierwszy do dziś znawca tych otruć, twierdził, że tylko sinek potasu sprowadza jasnoczerwoną barwę krwi i plam pośmiertnych, podczas gdy przy zatruciach kwasem sinowodowym krew jest barwy ciemnéj, żylnéj. S. opisuje przypadek następujący: młody aptekarz otruł się sinkiem rtęci w zamiarze samobójczym, a nadto dał też samą

truciznę swéj kochance, w tym samym zamiarze. I w tym przypadku, jak to zwykle u tego rodzaju samobójców bywa, dziewczyna owa otrzymała większą dawkę trucizny od téj, jaką aptekarz ów spożył. Sekcya zwłok aptekarza zmarłego dopiero w 8 dni po otruciu w szpitalu Charité, przez Virchowa wykonana, wykazała znamiona śmierci z otrucia sublimatem, gdy sekcya zwłok kochanki aptekarza, zmarłéj natychmiast po otruciu, wykonana w zakładzie prof. Limana stwierdziła wszelkie cechy śmierci z zatrucia połączeniem sinu jako to: jasnoróżową barwę krwi i plam, woń gorzkich migdałów, natomiast brak zmian w żołądku. Sinek rtęci pod wpływem HCl w żołądku rozkłada się na kwas pruski i sublimat, w takim jednak stosunku, że tego ostatniego pięć razy więcéj powstaje niż kwasu pruskiego. Aptekarz zużył więc taką dawkę sinku rtęci, iż uwolniony ze związku kwas pruski nie wystarczał do sprowadzenia zejścia śmiertelnego. Odwrotnie rzecz się miała u owéj dziewczyny; tam większa ilość zużytego sinku rtęci wśród rozkładu uwolniła kwas pruski w dawce natychmiastową śmierć sprowadzającéj. W przypadku tym mimo, iż u owéj dziewczyny śmierć nastała z otrucia kwasem pruskim, krew i plamy były jasnoróżowo zabarwione. Jasnoróżowa barwa krwi i plam pochodzi zdaniem S. od zawartości OHb we krwi; związki bowiem sinowe zabijają bardzo szybko tkanki, tem samem niszczą ich zdolność pochłaniania tlenu ze krwi, ztąd więc i po śmierci, gdy oddychanie, a więc i zasilanie krwi tlenem już ustało, krew mimo to Ohb. zawiera i barwę swą jasnoczerwoną utrzymuje. S. dobywał strzykawką Pravaza krew pod zwierciadłem wody dobrze przegotowanéj z serc zwierząt zatrutych sinkiem potasu i spektralnie badał. Po większéj części otrzymywał widmo Ohb, czasem zaś Hb. zredukowanéj[1]) S. nie zgadza się zatem z Hofmannem co do zapatrywania, iż tylko sinek potasu sprowadza jasnoczerwone zabarwienie krwi i plam.

W dalszym ciągu zaznacza, że zmiany w żołądku znajdowane w przypadkach zatrucia Cy K. a polegające na żywem nastrzyknięciu naczyń błony śluzowéj tegoż, nawet na wynaczynionkach, na wydzieleniu śluzu w nadmiernéj ilości jeszcze za życia powstających, wreszcie polegających na zmianach już po śmierci się wytwarzających, jak na napęcznianiu błony śluzowéj od wewnątrz ku zewnątrz, na przejrzystości i przesiąknięciu barwikiem krwi tejże, należy odnieść do działania sinku potasu jako mocnéj zasady, zwłaszcza o ile tenże zawiera większą lub mniejszą ilość węglanu potasu

Odnośnie do działania alkaliów, to Lesser twierdzi, iż one na błonach śluzowych podobnie jak i na tkankach gruczołowych wywołują obumarcie, cechujące się suchym i kruchym strupem. Tymczasem S. sprawdził teoretyczne więcéj rozumowanie Hoffmanna, iż alkalia wywołują obumarcie tkanek z ich napęcznieniem i z wywołaniem w nich przejrzystości, gdy kwasy tylko tworzą strupy suche, twarde, łatwo kruszące się i zaćmione.

D o e b l e (Kiel): *Pachymeningitis chronica* **u dzieci i jéj znaczenie sądowolekarskie**. Wbrew zdaniom spotykanym w podręcznikach i odnośnéj skąpéj literaturze doszedł D. na podstawie własnych doświadczeń i zestawień protokółów oględzin zwłok do przekonania, iż *pachymeningitis chronica* nie należy u dzieci wcale do rzadkości. Zdarzała się ona w przypadkach autora najczęściej u dzieci dorocznych, rzadziéj już u starszych. Za jej przyczynę uważa wynaczynienia krwi w oponach mózgu w czasie porodu powstałe. Zwykle koło takiego skrzepu poczyna się proces zapalny przewłoczny, wywołujący zrazu powstanie delikatnych błon, z tkanki młodéj żywo unaczynionéj złożonych. Skrzep zatem zdaje się być bodźcem zapalnotwórczym. Z cienkich tych błon tworzą się wreszcie zbite łącznotkankowe błony, okazujące wynaczynionki i złogi barwika. Przy silniejszym rozwoju tych błon przyjść może do mocnych krwotoków, a wtedy błony te skrzepami ujęte nie uwidoczniają się wcale, lub też napotyka się jamy, wypełnione treścią krwawą, lub żółtoczerwoną surowicą. Proces ten lokalizuje się najczęściej na podstawie mózgowéj w średniem i tylnem zagłębieniu czaszki, ponad namiotem móżdżku, lub nad płatami potylicznemi. Dzieci chorobą tą dotknięte giną w przeciągu pierwszego roku życia, a przyczyny śmierci szukać należy może w uszkodzeniach mózgu w czasie porodu powstających. Te zaburzenia w mózgu wywołują zapewne słabszą odporność przeciw zewnętrznym szkodliwościom tak, że dzieci te najczęściej okazują znamiona ogólnego wyniszczenia, za przyczynę którego nieraz najniesłuszniéj uważa się brak należytéj opieki i żywienia dzieci. Wreszcie mogą się wytworzyć w błonach tych krwotoki, wywołujące śmierć, a które możnaby uważać za następstwo pęknięć naczyń z przyczyn urazowych, gdyby nie brak uszkodzeń kości czaszkowych, a obecność tych błon nowo wytworzonych.

Dr. Wachholz.

[1]) S. widocznie nie znał jeszcze pracy prof. Koberta o methb. sinowodowéj; że krew z zwierząt zatruwanych sinkiem potasu dawała widmo OHb, należy sobie tłómaczyć, iż krew ta zaraz po śmierci badaną była, a więc sinku nie zawierała; w tych zaś przypadkach, gdzie krew dawała widmo Hb. zredukowanéj, zdaje się, iż zawierała już MetHb. sinowodową. (*Przypisek sprawozdawcy*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 20 stycznia 1892 r.

Przewodniczący kol. P o n i k ł o. — Obecnych członków 38.

1) Kol. Przewodniczący zagaił posiedzenie przemówieniem, w którem podał swój pogląd na właściwą drogę postępowania, prowadzącą do skutecznego działania celem rozwoju Towarzystwa.

2) Kol. M u r d z i e ń s k i zdaje sprawę ze swych czynności jako wydawca kalendarza lek. krak. i wydatków dotychczasowych wydawnictwa, zaznaczając, iż rachunki z księgarnią nie są jeszcze zupełnie ukończone.

3) Kol. G l u z i ń s k i wnosi imieniem dawnego Komitetu wyrażenie uznania kol. Murdzieńskiemu za trudy poniesione około wydawnictwa. Towarzystwo zgadza się

4) Kol. P r z e w o d n i c z ą c y odczytuje listy otrzymane od Dra Gałęzowskiego z Paryża i radcy Dra Wicherkiewicza z Poznania, wyrażające podziękowanie za wybór na członków honorowych.

5) Koll. Drowie Hyżycki Stanisław, Blatteis Stefan, Pelczar Zenon, Langie Adam, Mayzel Tadeusz i Klich Karol c. k. weterynarz powiatowy zostali jednogłośnie wybrani czynnymi członkami Towarzystwa lek.

6) Kol. R y d y g i e r przedstawia chorą, u któréj po zapaleniu stawu biodrowego nastąpiła *luxatio obturatoria*, rodzaj zwichnięcia bardzo rzadko po zapaleniach występujący, spostrzegany w przeciągu 2 lat tylko 2 razy w klinice chirurg. krak. W niniejszym przypadku wystąpiło zapalenie stawu w przebiegu *puerperium*: o repozycyi nie było mowy, wykonano też resekcyję główki przy użyciu cięcia wewnętrznego. Obecnie upłynęło od resekcyi 6 tygodni, kończyny są zupełnie równo ustawione a stan poprawi się, gdy kończyna się wzmocni.

Kol. O b a l i ń s k i zapytuje, czy główka była łatwo wymacalna po téj stronie. Po otrzymaniu odpowiedzi potwierdzającéj zaznacza, iż w zastarzałych zwichnieniach należy zawsze resekować i opowiada przypadek, w którym wśród usiłowanej repozycyi w narkozie chloroformowéj wystąpił kurcz tetaniczny tak, że nie można było reponować, potem jednak udało się główkę wprowadzić. W krótkim czasie wystąpiła pyemia, z któréj chory wyzdrowiał. Następnie wytworzyło się zwichnienie ku przodowi, skutkiem czego przystąpiono do resekcyi, robiąc cięcie jak przy poprzedniéj repozycyi, radzi więc w takich przypadkach odrazu przystąpić do resekcyi. Kol. R y d y g i e r zgadza się z tem twierdzeniem i zaznacza, że pyemia w tych przypadkach może być bardzo groźnem dla chorego powikłaniem, doradza jednak resekcyi tylko, gdy są wyraźne do tego wskazania; w każdym razie nawet przy krwawym zabiegu radziłby próbować odprowadzenia.

7) Kol. K r y ń s k i wygłosił odczyt o naczyniakach limfatycznych, który będzie ogłoszony w „Przegl. Lek.“, objaśniając rzecz okazaniem preparatów mikroskopowych i przedstawia-

jąc dziecko operowane z powodu *makroglossia* zw. także *l. linguae* lub *elephantiasis linguae.* Zmiana została drogą operacyjną usunięta a mianowicie przez wycięcie klina, szczytem ku podstawie języka zwróconego.

Kol. Rydygier uzupełnia demonstracyję tego pacyjenta wskazując, iż szczęka dolna została w tym razie skutkiem ucisku języka wygięta tak, że dziecko ust nie domyka, zadanie więc lecznicze polegać będzie na zastosowaniu ucisku w stronę przeciwną.

Po otwarciu dyskusyi zabrał głos kol. Zarewicz i zaznacza, iż w przypadku przedstawionym przez prelegenta zmiany, jakie się widzi pod mikroskopem spotykamy także w chorobach skóry, zaliczanych również do naczyniaków limfatycznych. Dermatologija przyjmuje trojakiego rodzaju zmiany w naczyniach limfatycznych włosowatych, a mianowicie *lymphangioma circumscriptum, tuberosum* i *cavernosum.* Pierwsze z nich t. j. *l. circumscript.* najdokładniéj zostało w ostatnich czasach opisane przez Töröka, który je też nazywa *lymphangioma varicosum capillare.* Tu należy wykluczyć przypadki, polegające tylko na prostéj rozstrzeni *(ektasia)* naczyń limfatycznych włosowatych. *Lymphangioma circumscriptum* w pojęciu Töröka polega przeważnie na wytwarzaniu się nowych naczyń limfatycznych i na ich rozszerzaniu się. Badanie drobnowidowe wykazuje, iż zmiany chorobowe dotyczą prawie wyłącznie warstwy brodawkowéj, w któréj widać jamki i pokręcone kanały o regularnych konturach, od których wychodzą wypustki, wnętrze wysłane jest śródbłonkiem, a treść ich stanowi limfa; naczynia krwionośne włosowate bywają także rozszerzone i wężykowato pokręcone. W otoczeniu a zwłaszcza wzdłuż naczyń krwionośnych i naczyń limfatycznych spostrzegamy dość znaczny naciek komórkowy. Dermatolodzy uważają ten proces jako neoplastyczny, polegający na tworzeniu się nowych naczyń limfatycznych, a sprawę tę pod względem aitiologicznym uważają jako wrodzoną, zwłaszcza, że po wykluczeniu innych przyczyn, jak zapalenie lub utrudniony odpływ limfy, przypadki wszystkie dotyczą albo dzieci, jak przypadek prelegenta, lub początki choroby sięgały do lat dziecięcych. Do téj saméj grupy chorób należy *elephantiasis lymphangiectodes congenita,* a przypadek chorobowy przez prelegenta opisany jest zdaniem mówcy do téj zmiany bardzo zbliżony, gdzie albo najpierw proces chorobowy dotyczy naczyń limfatycznych, a potem dopiero tkanki łącznéj lub na odwrót. Inne rodzaje limfangiomatów wyróżniają się usadowieniem w głębszych warstwach skóry. I tak *lymphangioma tuberosum multiplex* opisane przez Kaposiego zajmuje warstwy skóry poniżéj *stratum papillare* położone, gdzie nadto ściany rozszerzonych naczyń włosowatych limfatycznych są zgrubiałe, a przypadek Pospelowa odpowiada raczéj ze względu na zmiany anatomiczne *l. cavernosum,* gdzie powstałe z rozszerzonych naczyń limfatycznych jamy znachodzą się w glękokich warstwach skóry. Przypadek przez kol. Kryńskiego opisany odpowiadałby zdaniem mówcy najbardziéj téj ostatniéj formie limfangiomatów.

Kol. Cybulski oświadcza zgodnie z prelegentem, że przyczyna powstawania musi być embryjonalna, według Ranviera bowiem znamy komórki naczyniotwórcze dla naczyń ale takichże komórek dla powstawania naczyń limfatycznych a więc i dla naczyniaków limfatycznych nikt nie udowodnił. Wygięcia szczęki nie tłómaczyłby mówca tak jak kol. Rydygier, twierdzi natomiast, że wygięcie żuchwy powstało skutkiem nieściskania zębów.

Kol. Idziński zwraca uwagę, że t. zw. *makroglossia* łączy się bardzo często z matołectwem tak dalece, że zwykle osoby z wystającym językiem posądzamy o mniejszą inteligencyję. W dwóch przez siebie obserwowanych przypadkach makroglosyi była budowa czaszki wybitnie matołkową. Okoliczność ta mogłaby przemawiać za neurotroficzną przyczyną makroglosyi.

Kol. Rydygier podnosi rodzaje odmienne jako *l. mixtum* opisywane, co do przyczyn powstawania to te najczęściéj są wrodzone a mianowicie jużto zgodnie z Wegnerem, który tłomaczy ogólnie zatkaniem jednego z większych przewodów, jużteż stosownie do spostrzeżeń prelegenta, do czego mowca więcéj się przychyla, powstają przez bujanie wprost naczyń limfatycznych.

Kol. Szymkiewicz uważa niedomykanie się szczęki tzw. gryz otwarty jako rzecz rzadką u dzieci z niestałemi zębami; zdaniem jego przewidzieć nie można, jak gryz się zachowa, gdy przyjdą zęby stałe; usunięcie tego stanu powstałego skutkiem wygięcia szczęki jest trudne a ucisk tu nie wiele pomoże.

Kol. Zarewicz wyklucza sprawę zapalną w *lymphangioma circumscriptum,* bo nigdzie nie znajdujemy objawów zapalnych.

Kol. Kryński, w odpowiedzi kol. Zarewiczowi zgadza się na przyjęcie przyczyn zapalnéj natury w *lymphang. circumscriptum,* stwierdza daléj, że bywa ta zmiana i w kretynizmie, zwraca jednak uwagę, że tylko makroglosia z kretenizmem mogłaby być zestawioną, nie sądzi jednak, aby można naczyniaki limfatyczne w ogóle wprowadzać w ten związek przyczynowy.

Kol. Zarewicz stwierdza, że tu idzie o nieporozumienie w nazwie określającéj *limphang. circumscriptum.* Dermatolodzy tak nazywają, gdyż widzi się gromadkę pęcherzyków przeświecających czerwonawych, jak brodawka, z której po nakłuciu wydobywa się ciecz jak limfa a brak objawów zapalnych w tych przypadkach, młody wiek, naprowadza po wykluczeniu innéj przyczyny na to, że sprawa jest wrodzoną.

Odczyt kol. Blatteisa „o plasmodiach“ odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XVI w dniu 20 stycznia 1892 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków i prenumeratorów 26.

1) Przewodniczący zdaje sprawę ze stanu Towarzystwa w roku 1891: Zmarło 10 członków, a mianowicie: Drowie Baraniecki Adryjan, Dworski Tadeusz, Heumann Konstanty, Kopernicki Izydor, Lewandowski Zygmunt, Orłowski Józef, Schoengut Izydor, Pawlas Teodor, Tyralski Włodzimierz, Ziembiński Jan i 1 prenumerator Dr. Wojda Marceli. Wykreślono 2 członków jako nie płacących wkładek od czasu dłuższego. Przybyło 2 członków Dr. Trachtenberg i Dr. Rutowski i 2 prenumeratorów Drand Kasparek i Dr. Jeż Andrzéj. Wydawnictwo liczy więc z końcem 1891 r.: członków honorowych 3, czynnych 101, prenumeratorów 105, razem wszystkich 209.

2) Zgromadzenie na wniosek Przewodniczącego przez powstanie oddaje cześć zmarłym kolegom.

3) W ubiegłym roku Wydawnictwo dzieł lek. pol. w myśl uchwał Zarządu wydawnictwa i Zgromadzenia ogólnego XV-go przystąpiło do wydawania *„Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“.* Dotąd wyszło 6 rozpraw, które członkowie i prenumeratorowie otrzymują jako dalsze premijum bezpłatne za r. 1889 i jako bezpłatne premijum za r. 1890. Do druku przygotowane są następne trzy zeszyty tak, że wkrótce już cala seryja I-sza ukończoną zostanie.

Oprócz tego wydanem zostało dzieło Dra Brauna: *„O operacyjach położniczych“*, które cieszy się wielkim pokupem zwłaszcza pomiędzy młodszymi lekarzami i uczniami medycyny.

4) Zgromadzenie po przemówieniu prof. Oettingera uchwaliło po ukończeniu seryi I. „Rozpraw“ wydawać i dalsze seryje Rozpraw, gdyż cieszą się one w szerszych kołach lekarskich uznaniem i pokup ich coraz bardziej się zwiększa.

5) Przewodniczący zawiadamia, że Zarząd Wydawnictwa wniósł podanie o subwencyję do Wys. Ministeryjum Oświaty na wydanie dzieła prof. Oettingera „Historyja medycyny“.

6) Na wniosek komisyi kontrolującéj, która badała rachunki za rok 1890 i znalazła je w należytym porządku, uchwalono udzielić Zarządowi absolutoryjum za rok 1890, poczem wybrano też samą komisyję (Dr. Ściborowski i Dr. Buszek) do sprawdzenia rachunków za r: 1891.

7) Przewodniczący zawiadamia Zgromadzenie, że na wystawie przyrodniczéj VI Zjazdu lekarzy polskich Wydawnictwo dzieł łek. polskich otrzymało dyplom honorowy, który stanowi 4-te już z rzędu odznaczenie na wystawach lekarskich od czasu istnienia Towarzystwa. Poprzednio otrzymało Wydawnictwo: w r. 1881 medal bronzowy podczas III-go Zjazdu lek.

i przyr. w Krakowie, dyplom honorowy w r. 1887 na wystawie przemysłowéj krajowéj i sztuki polskiéj w Krakowie, a w r. 1888 medal srebrny na wystawie hygieniczno-lek. podczas V. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

8) Skarbnik doc. Dr. Grabowski zdaje sprawę ze stanu majątkowego Towarzystwa w roku ubiegłym: w dniu 1 stycznia 1881 r. majątek wynosił 6235 złr. 99 ct. W r. zaś 1891 dochód wyniósł 1055 złr. 51 ct. (a mianowicie składki wstępne 20 złr., składki roczne 467 złr. 38 ct., rozsprzedaż dzieł 289 złr 25 ct., kupony i odsetki 278 złr. 63 ct., dochód nadzwyczajny przypadkowy 25 ct.). Rozchód zaś wyniósł 1174 złr. 4 ct. (nakład dzieła Dra Brauna: druk 379 złr. 91 ct., broszurowanie 25 złr., ryciny 146 złr., razem 550 złr. 91 ct.; nakład pierwszych 6 zeszytów „Rozpraw“ wraz z rycinami, korektą, prospektami i broszurowaniem 413 złr. 74 ct.; rozsełka dzieła Dra Brauna 4 złr. 10 ct.; rozsełka rozpraw I—V = 10 złr. 10 ct.; rozsełka dziełka Dra Harajewicza 4 złr. 12 ct.; druki na zaproszenie do udziału w rozpr. i dziełach, przypomnienie o wkładki, anonse o rozprawach, razem 14 złr. 60 ct.; ramki do dyplomów 2 złr. 50 ct.; pudła na archiwum wydawnictwa 5 złr.; drobne wydatki 72 ct., stemple 2 złr. 50 ct., pensyja administratora 150 złr., portoryja 15 złr. 75 ct. czyli razem 1174 złr. 4 ct.). Niedobór wynosi 118 złr. 53 ct.; co odtrąciwszy, fundusz Wydawnictwa z końcem 1891 r. wynosi 6117 złr. 46 ct. oprócz nierozsprzedanych nakładów w sumie 7472 złr. 80 ct. i zaległych wkładek w sumie 400 złr. Fundusz ten jest umieszczony w książeczkach Kasy Oszczędności, w Towarzystwie zaliczkowem i w papierach wartościowych. Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości.

9) Administrator zdał sprawę z rozsprzedaży dzieł w r. 1891, co przyjęto do wiadomości.

10) W końcu uchwalono podziękowanie p. Przewodniczącemu za trudy i starania około rozwoju Towarzystwa.

Dr. J. Surzycki, sekretarz.

Sprawozdanie z posiedzenia dorocznego sekcyi Stryjskiéj.

W dniu 3 lutego zebrało się 9 członków sekcyi stryjskiéj na doroczne posiedzenie, na którem

1) Dr. Serkowski zwrócił uwagę kolegów na doniosłe znaczenie wykrycia przez Dra Tizzoni i Drkę Cattani w Bolonii antitoksyny[1]), który to środek wstrzykiwany podskórnie jest w stanie usunąć zwolna przypady tężca traumatycznego, zatem chorobę najczęściéj śmiertelnie przebiegającą. Środek ten wytwarzają wspomnieni badacze z surowicy krwi psów lub królików, którym wstrzykiwali hodowle prątków tężcowych, albo też surowicę psów lub królików przez podobne wstrzykiwania już zabezpieczonych od tężca.

Antitoksyna z surowicy psiéj pochodząca jest słabsza i używa się do wstrzykiwań 0·15—0·25 dwa razy dziennie, antitoksyny króliczéj jako silniejszéj tylko 0·10 dwa razy dziennie. Po wstrzykiwaniu ciepłota ciała opada, tętno staje się wolniejszem, naprężenie mięśni wolnieje, ale wstrzykiwania trzeba powtarzać przez dwa tygodnie codziennie lub nawet dłużéj, aż do zupełnego usunięcia skurczów mięśniowych. Przez wstrzykiwanie tego środka można też zabezpieczyć od tężca zwierzęta nawet bardzo skłonne do tężca, jak n. p. króliki i myszy tak, iż stają się odporne na wstrzykiwania jadu tężcowego. W klinice Nicoladoniego w Insbruku wyleczony został w listopadzie i grudniu 1892 chłopiec 11-letni, który doznał zmiażdżenia ręki przez maszynę, a który po amputacyi ręki podległ tężcowi, po 28 wstrzykiwaniach antitoksyny, częścią psiéj częścią króliczéj. Wstrzykiwania robiono 2 razy, a raz tylko 3 razy dziennie. — Prócz tego ogłoszone już zostały trzy inne przypadki wyleczenia tężca u ludzi za pomocą tego środka.

Ale nie tyle może ważne jest samo odkrycie środka przeciwtężcowego, gdyż tężec stosunkowo rzadko się wydarza, ile ważną jest okoliczność, że nauka zdobyła znów jeden środek wyleczyć mogący jednę z chorób zakaźnych, a nawet zabezpieczyć mogący od téj ciężkiéj choroby zakaźnéj, tem samem odkrycie to daje nam pochop i wskazówki, w jakim kierunku i jakiemi sposobami szukać należy dróg i środków do leczenia i zabezpieczenia się od innych chorób zakaźnych.

2) Koll. Jacobi, Wurst, Goldhaber, Michalski, Podłuski, Papieski i König dzielili się spostrzeżeniami swemi w tegorocznéj influenzy zebranemi, spostrzegano nawet w niektórych przypadkach wybitnéj influenzy wysypkę już to plamistą lub guzkową już to krwotoczną.

3) Kol. Goldhaber opowiedział o nagminnéj bardzo złośliwéj dyfteryi dziesiątkującéj w niektórych wsiach powiatu żydaczowskiego ludność, w których to przypadkach tylko eksponowanie lekarza na czas trwania choroby mogłoby być skutecznem, wysyłanie zaś lekarzy co 8 dni chybia celu.

4) Kol. Lachowicz Eugeniusz demonstrował na osobie żywéj sposób zakładania opatrunku gipsowego, zwany francuskim, zmodyfikowany przez prof Obalińskiego. Sposób zakładania bardzo łatwy a cały opatrunek lekki, szczególniéj przy złamaniach powikłanych przystęp do ran ułatwiony, — opatrunek ten zasługuje na rozpowszechnienie.

5) Podpisanego wybrali koledzy delegatem, a kol. Goldhabera zastępcą delegata na walne zgromadzenie.

6) Na zaproszenie kol. Wursta uchwalono odbyć następne doroczne posiedzenie w Kałuszu. *Dr. Serkowski.*

Posiedzenie sekcyi Stanisławowskiéj.

Dnia 7 lutego odbyła sekcyja Stanisławowska Tow. lek. galic. doroczne zebranie, na którem wybrany został przewodniczącym i delegatem na walne zebranie lekarz powiatowy Dr. Wolański, a sekretarzem Dr. M. Ostafiński. Uchwalono następnie: 1) aby w powstać mającéj Izbie lekarskiéj we Lwowie Stanisławów wraz z swym okręgiem mógł mieć swego reprezentanta. 2) Schodzić się raz w miesiącu, a to w każdą pierwszą środę z początkiem miesiąca, w celu pogadanek naukowych połączonych z demonstracyją chorych, aby tem samem zachęcić się wzajemnie do wspólnéj pracy i rozbudzić życie koleżeńskie. Do Tow. przystąpili koll. Dr. Żukowski i Rosenbaum. *Dr. Ostafiński.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 lutego. Reskryptem z dnia 27 stycznia Ministerstwo spraw wewnętrznych we Wiedniu zwróciło uwagę Namiestnictwa galicyjskiego i Rządu bukowińskiego na choroby zakaźne, wybuchłe w niektórych gubernijach rosyjskich, nawiedzonych głodem, i wydało wskazówki celem wczesnego zapobieżenia niebezpieczeństwu grozić mogącemu zdrowiu mieszkańców w tych dwóch krajach koronnych.

* W tygodniu 5-ym (od 31 stycznia do 6 lutego) było w Krakowie małżeństw 34, urodzeń 79, skonów 60, z tych z gruźlicy 21, z odry 6, z dławca i błonicy 5, z zapalenia płuc 3, z nieżytu żołądka i jelit 3.

* Wielką nagrodę imienia Baera (1000 rubli) otrzymał prof. Miecznikow, obecnie w Paryżu bawiący.

* **Praga czeska**. Prezesem Towarzystwa lekarzy czeskich wybrany został prof. chirurgii Maydl.

* **Zmarł** we Wiedniu Dr. Rainer Schmerling, b. prezes długoletni Collegium lekarzy, lekarz przyboczny Arcyksięcia Albrechta, brat b. Ministra stanu i prezydenta Sądu najwyższego we Wiedniu, przeżywszy lat 82.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy zakładzie dla ćwiczeń aseptycznych w operacyjach położniczo-ginekologicznych U. J., z płacą roczną 480 złr. po koniec b. r. szkolnego.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 17 Lutego 1892.

Kraków dnia 10 Lutego 1892 roku.

Stopczański, Dziekan Wydz. lek.

---

[1]) Porówn. „Przegląd Lek.“ Nr. 3.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 27 Lutego 1892. Nr. 9.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Anatomija i klinika białkomoczu w świetle nowoczesnéj patologii.

Na podstawie protokołów sekcyjnych kliniki uniwersyteckiéj w Berlinie.

Skreślił

M. Misiewicz w Łodzi.

Ponieważ białkomocz towarzyszyć może najróżnorodniejszym sprawom chorobowym, bądź pochodzenia zakaźnego, bądź zapalnego, bądź wreszcie na tle zmian w narządzie nerwowym (czuciowym, naczynio ruchowym i troficznym), musielibyśmy więc przytoczyć nieomal cały arsenał patologii, aby dać przybliżone choćby pojęcie o nim, jako objawie współtowarzyszącym, i jako o cierpieniu samoistnem.

Na domiar tego spostrzegano białkomocz i w stanie normalnym, jako objaw zwykły, niewinny, i według Senatora (1) nie podlega dziś kwestyi, iż istnieje *Albuminuria physiologica*, w któréj ilość białka o mało przekracza granice, dostępne dla analizy. Z białkiem ma się tu rzecz tak samo, jak z kwasem szczawiowym i cukrem w moczówce zwykłéj. Między czynnikami przyczynowemi wymienia Senator forsowną pracę fizyczną, czas trawienia, zimne kąpiele, wstrząśnienia moralne i przygnębienie, a u kobiet nadto czas menstruacyi. Białkomocz fizyologiczny trwa zwykle krótko, jest objawem przejściowym, z którym liczyć się jednak należy u ludzi starych, u których najmniejsze ilości białka w moczu są podejrzane; a uznać go można za objaw nie chorobowy tylko wtedy, gdy człowiek robi wrażenie zupełnie zdrowego, gdy ciężar gatunkowy, kolor moczu żadnych nie przedstawiają zmian, gdy wolnym on jest od domieszek ustrojowych i tkankowych, a sama ilość białka nie przekracza 0.4 pro mille.

Zkąd bierze się białko przy zdrowych nerkach i w stanie fizyologicznym? Na to pytanie odpowiada nam v. Noorden, iż białko pochodzi ze krwi, krążącéj w naczyniach labiryntu, i podczas wydzielania łączy się z moczem, wyłączonym z kanalików moczowych, a przy tem ginie pewna część i tak już ograniczonéj jego ilości. Jeżeli transsudacja białka się wzmoże z jakich bądź powodów, a mocz stanie się bogatszym w białko, lub wydzielina kanalików ulegnie ilościowemu zmniejszeniu, wtedy powstaje białkomocz fizyologiczny.

Prócz Senatora uznaje tę postać białkomoczu i Barthels, (*Handb. d. Krankh. d. Harnapp.* 1875) twierdząc, iż zupełnie zdrowe(?) nerki zawierać mogą białko przy zmianach w parciu naczyń; Leube (*Arch. f. klin. Med.*) znajdował je po ćwiczeniach wojskowych u żołnierzy; Munn (*New York. Med. Record* 1889) badając mocz 200 zdrowych osób, celem ubezpieczenia na życie, w 12% znalazł białkomocz; Fürbringer (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1880) znalazł takiż procent białkomoczu u dzieci; (7:61) Leroux (*Revue de Med.* 1883) na 300 zdrowych dzieci znalazł tylko u 19 białkomocz, a zatem 7%. Vogel (*Virchows Handb. d. Pathol.*) spostrzegał często białkomocz bez choroby nerek; Dukes (*Brit med. jour.* 1888) ogłosił 10 przypadków białkomoczu u ludzi zupełnie zdrowych; Marcani wywoływał go na żądanie, robiąc silny ruch obrotowy ramion, dopóki tętno nie doszło do 110 uderzeń. Fürbringer spostrzegał go u pewnego lekarza, po każdem moralnem wstrząśnieniu, ale tylko w moczu rannym. Runeberg (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1880) spostrzegał go często po marszach i wysiłkach cielesnych, lecz nie na długo, i po kilku godzinach wypoczynku już go nie było. Podobne spostrzeżenia zrobili Huppert (*Prag. med. Woch.* 1880) Guenau de Mussy, (*Clin. Med.* II.) Capitan, (*Rech. exp. et clin. sur le album. trans. Paris* 1889), Coignard, (*Union med.* 1887) Kleudgen (*Arch. f. Psych. u. Nervkr. XI.*) wreszcie Ultzman (*Wien. Med. Presse* 1870) przeprowadził dosyć ściśle badania u 8 zdrowych lekarzy, u jednego znajdował stale białkomocz w ciągu 2 lat, u drugiego tylko w moczu z rana wydalonym. Senator znajdował u zdrowych lekarzy białko w czasie trawienia, przy przeważnem lub wyłącznem pożywieniu mięsnem (*Al-*

buminuria alimentaria), u niektórych przed jedzeniem, a u siebie między 11 a 12 z rana. de Chateaubourg (*Thèse, Paris.* 1889.) również znajdował białko u wielu zdrowych, i jest zdania, iż u wszystkich ludzi można wykryć przejściowy białkomocz, dodając do moczu octan potasowy i jodek rtęciowy, szczególniéj po wysiłkach cielesnych i umysłowych, podrażnieniach płciowych i zimnych kąpielach; sądzi też, iż białko zjawia się częściéj w moczu po trawieniu w spokoju. Senator (*Die Album. im gesund. u. krank. Zustande*, Berlin 1880) sądzi, jak to już wyżéj wspominałem, iż białkomocz może być stanem fizyologicznym, i że białko w małéj ilości w moczu się znajdujące jest składnikiem jego stałym a normalnym.

Tak stała sprawa do zjazdu lipskiego (Kwiecień 1890), na którym Heubner przedstawił kilkanaście przypadków cierpienia, opisanego przez Pavyego a polegającego na białkomoczu peryodycznym u dzieci podczas rozwoju płciowego. Postać ta, którą nazwano *Albuminuria cyclica*, występuje najczęściéj u osobników wycieńczonych, trwa nieraz bardzo długo, i żadnych zmian w nerkach przy niéj wykryć się nie udało, należy ją przeto uważać za pewną odmianę białkomoczu fizyologicznego. Dostateczną jest zmiana położenia leżącego na stojące, aby ją wywołać, choć nie utrzymuje się dłużéj nad godzin kilka. Przypadki Heubnera odnoszą się do 11 letniéj dziewczynki po płonicy; do 3-ch siostr, w wieku 14, 12 i 10 lat po dyfteryi, a Schmidta po kokluszu i po *dyspepsia ab ingestis*.

Curschman jednak wystąpił przeciw nadużyciom, robionym na koszt białkomoczu fizyologicznego, o którym, jak również o *Alb. cyclica*, wyraża się nader skeptycznie, uważając jednę i drugą za pewne, łatwo uleczalne cierpienia. Jeśli w ogóle istnieje białkomocz fizyjologiczny, jak tego chce Senator, to rozchodzi się tu sprawa o tak małą ilość białka, iż poplątanie go z białkomoczem patologicznym miejsca mieć nie może. Zmiany położenia ciała przy *Alb. cyclica* nie sprowadzają wprawdzie zmian w ciśnieniu tętniczem, ale niewątpliwie mają miejsce zboczenia w obrocie krwi żylnéj, a wiadomem jest, że najmniejsze i najkrótsze choćby przerwanie krwiobrotu żylnego wywołuje wystąpienie białka do moczu. Gdy do tego dodamy, iż w stojącéj pozycyi ciśnienie ogólne w jamie brzusznéj się zwiększa, i że przez to nerka staje się mniéj ścisłym filtrem, łatwo zrozumiemy skeptycyzm Curschmanna (*Schmidts Jahrb.* 1890 N. 6, Bd. 226). Przypadki *Alb. cyclicae*, występujące po szkarlatynie, dyfteryi, kokluszu, po krwotokach i hemoglobinuryi, a nawet po ukończeniu się zwykłych postaci Mbus. Brighti, uważać więc należy jako stadjum opadania (*decremento*) zwykłego zapalenia nerki; postać białkomoczu przepuszczającą (*Alb. intermittens)* za jeden z objawów zimnicy, a tam, gdzie na niczem oprzeć się nie możemy, badać należy dokładnie mocz, i gdy znajdziemy jakiekolwiek twory tkankowe lub ustrojowe, przypuszczenie białkomoczu cyklicznego upada, gdyż według ścisłych poszukiwań v. Noordena tylko kryształy szczawianów jeszcze za objaw fizyjologiczny uznać można

Co się tyczy stanów chorobowych, to białkomocz spostrzegano we wszystkich prawie cierpieniach nerek, w sprawach zakaźnych, jak płonica, gorączka połogowa, *typhus recurrens*, róża, przy zadziałaniu pewnych bodźców fizycznych (silne gorąco) i chemicznych (kantarydy, fosfor, ołów, kw. chromowy, pierwiastki żółci, ptomainy etc.) w złośliwéj anemii, w zaniku nerki, ogólnych charłactwach, etc. Daléj spostrzegano białkomocz przemijający w padaczce, zakażeniu zimniczem, w niektórych nerwicach i psychozach. Colin (*Traité de fievre interm.* 1887 p. 187) spostrzegał często białkomocz w samym początku napadów zimniczych, tj. w okresie dreszczów; Hertz (*Ziemss. Handb.* 1874 p. 604) zgodnie z Griesingerem spostrzegał go w odstępach między napadami zimniczemi.

Co się tyczy nerwowego białkomoczu, czyli t. z. *Alb. reflectoria*, to przyczyna jego tak samo leżeć może w otoczeniu nerki jak i w oddalonych ośrodkach nerwowych, na podstawie zaburzeń w nn. naczynio ruchowych, szczególniéj porażeń, rozwijających się w układzie tych nerwów; wynikiem czego są zaburzenia w krążeniu nerki i wydzielanie białka w podobny sposób, jak to ma miejsce poprzecięciu siatki otaczającéj tętnicę.

Że nerwice mogą same przez się sprowadzać białkomocz, wykazałem to dla systemu moczopłciowego [1]) Fischl (*Arch. f. klin. Med.* 1881) dla narządu trzewowego, potem Landers i Rabenau spostrzegali go w przebiegu wiądu, Lepin (*Die Fortschr. d. Nierenpath. Berl.* 1884 pag. 46) w maciennictwie, Fürstner w *delirium tremens*, Teissier w zmiękczeniu ośrodków nerwowych, Gubler w porażeniu połowiczem; Ollivier po napadach udarowych; Liouville w cierpieniach usadowionych w moście Varola, Tischer po wstrząśnieniach mózgu, wreszcie Laszkiewicz w cierpieniach nerwowych prawéj połowy ciała.

Aby się nie pogubić w tym labiryncie, w którym najróżnorodniejsze widzimy choroby, między któremi cierpienia narządu nerwowego niepoślednią grają rolę, postaramy się rozmaite postacie białkomoczu rozdzielić, stosownie do podstaw anatomicznych i przyczynowych, a zaczniemy od rozpatrzenia białkomoczu nerwowego. Tu przedewszystkiem pamiętać winniśmy, że wpływ nerwów przy wydaleniu i wydzielaniu moczu jest bardzo ważnym, jak we wszystkich prawie sprawach wydzielinowych; powtóre, wpływ ten jest albo naczynioruchowy, ujawniający się większem lub mniejszem ciśnieniem w kłębkach Malpighiego, resp. regulowaniem filtracyi a to w ten sposób, iż drażnienie n. vagi, zwiększając dopływ krwi, wywołuje napełnienie żył a tem samem powiększa filtrację; podczas gdy drażnienie n. trzewowego wielkiego (*splanchn. maj.*) działa przeciwnie; potrzecie, wpływ nerwów polega też na przyspieszeniu lub upośledzeniu ogólnego utlenienia, a względnie na większem lub mniejszem wytwarzaniu się właściwych pierwiastków moczu, i ich regulowaniu (Pflueger, Nencki, Cohnheim i inni) Daléj poszukiwania Chr. Roya, Ludwiga i Cohnheima wykazały, iż dopóki nerwy splotu nerkowego nie podlegają żadnym zmianom, to ciśnienie krwi i krzywa normalna nerek idą równolegle, a największe zboczenia, tak z 1-ej jak i z 2-ej strony, odpowiadają jużto momentom respiracyi, już też systolicznym elewacyjom.

Daléj dowiedziono, iż pod wpływem nerwów objętość nerki może się zwiększać lub zmniejszać, i że krzywa nerki nie zawsze odpowiada krzywéj ciśnienia tętniczego. Fakta te stwierdzono wielokrotnie, przecinając pojedyncze gałęzie i cały splot: przecięcie n. błędnego (po 1-éj stronie) dało zawsze zmniejszenie ciśnienia tętniczego, wypełnienie żył i zwiększoną filtracyję; przecięcie n. trzewowego powię-

[1]) Poszukiwanie nad innerwacyją nerki, Nowiny lekarskie 1889 N. 3–5 z 3 tablicami chrlit.

kszało ciśnienie a zmniejszało filtracyję, a przecięcie całego splotu dawało krzywéj ciśnienia tętniczego kierunek równoległy z liniją krzywą nerki.

Pod wpływem więc układu nerwowego występuje zmienione krążenie krwi w nerkach, które doprowadzić może do tego, iż prócz wody wydalać się zacznie i białko, lecz mechanizm białkomoczu dotychczas w zupełności wyjaśnionym nie został. Z jednéj strony Ludwig, Herman, Overbeck przypuszczają zwiększone parcie krwi w kłębkach Malpighiego, rozszerzenie przestrzeni międzynabłonkowych i przesączanie się rozczynów białka przez błony pod zwiększonem ciśnieniem. Edlefsen, Wolkenstein, Runeberg i Fischl przypuszczają zmniejszenie dopływu krwi tętniczéj, a zwiększone parcie w kanalikach wskutek wypełnienia żył, ztąd nekrozę nabłonka, wreszcie Charcot, Bamberger, Posner wyprowadzają białkomocz z powolniejszego krążenia krwi w nerkach, gdyż przez to krew dłużéj styka się ze ścianami naczyń włosowatych, a więc białko łatwiéj przez nie przesączać się będzie. Z nowszych badaczy Rosenstein i Dunin przypisują główną winę naczyniom krwionośnym i sprawom zapalnym nerki, między innemi najwięcéj zwracają uwagi na nagromadzenie ciałek bezbarwnych. (*Phagocytosis*) Browicz widzi najważniejszy powód w zgorzeli koagulacyjnéj nabłonków i kłębków. Nadmienić też wypada, iż liczni autorowie (Magendie, Stockvis) twierdzą, że zmieniona mięszanina krwi może być istotną a ogólną przyczyną białkomoczu; jakkolwiek przypuszczenie to w ostatnich czasach znalazło poparcie w pracach Semmoli i innych, którzy opisali t. z. *Album. haematogenes*, jednak ograniczyć się ono musi do pewnych tylko przypadków chorobowych, a w żaden sposób odnosić się nie może do wszystkich postaci białkomoczu, jak tego pierwotnie chciał Bamberger. Ponieważ jednak o istocie białkomoczu na innem miejscu mówić będę, zwrócimy się więc jeszcze do białkomoczu na tle systemu nerwowego, a przedewszystkiem do t. z. białkomoczu zwrotnego.

Z jakiemi gałęziami i drogami nerwowemi łączy się bezpośrednio splot nerkowy? Po odpreparowaniu spl. nerkowego i odsunięciu n. przeponowego i *splanchnicus* major, widzimy, iż z końcowych gałązek n. współczulnego dochodzą do górnéj powierzchni nadnercza włókienka, łączące się ze splotem śledziony (*pl. splenicus*) i z nerwem przeponowym. *Plexus capsularis superior* łączy się nadto ze zwojem półksiężycowym i z *pl. lumbo-aorticus*. Daléj łączą się nerwy nerki ze splotem słońcowym i z *plexus mesentericus*.

Nerw błędny, grający ważną rolę w składzie splotu nerkowego, za pomocą *pneumogastrici* komunikuje ze splotem słońcowym; w obrębie 11 żebra i w okolicy 11 kręgu piersiowego, między *aorta thoracica* i *pl. splenicus*, daje *pneumogastricus* gałązki łączne do n. współczulnego wielkiego, w postaci 2—3 drobnych gałązek, komunikujących z *coronarius stomachicus*. (*symp.*).

Wreszcie *pl. spermaticus*; przebiega wspólnie z takąż żyłą i tętnicą, na których tworzy lekką sieć, i na wysokości ujścia moczowodu łączy się ze splotem lędźwio-aortowym. W odległości mniéj lub więcéj 3 ctm. od rozdwojenia aorty, między nią a moczowodem, leży *v. spermatica*, stale między łukiem moczowodu i tętnicą, i od tego miejsca rozchodzą się widełkowato włókna omawianego splotu a) do splotu *lumbo-aort* b) do moczowodów i c) 2—3 włókien idą ku górze i na zewnątrz, zlewając się już to ze spl. nerkowym już to bezpośrednio z włóknami, przebiegającemi na dolnym brzegu żyły nerkowéj.

Tym sposobem w bezpośrednim związku ze spl. nerkowym są: 1) splot śledziony, 2) n. przeponowy, 3) *pneumogastricus*, wzgl. pl. *solaris*, 4) pl. *lumbo aorticus*, 5) pl *spermaticus*.

Na téj podstawie łatwo zrozumieć sposób powstawania białkomoczu zwrotnego przy cierpieniu narządów, które łączą się ze spl. nerkowym, a nadewszystko w różnych cierpieniach organów trzewowych, i moczoplciowych.

Kazuistyka. W roku zeszłym śledziłem w zakładzie wodoleczniczym przypadek białkomoczu u 12-letniéj, wątłéj dziewczynki. Występował on co 3 tygodnie, trwał dni kilka, poczem ustępował bez śladu. Czasem towarzyszyło mu parcie na mocz lub palenie w narządach rodnych zewnętrznych, lecz w ogóle chora czuła się dobrze, była wesołą i ożywioną. Nagle, bez widocznego powodu, chora dostała zatrzymania moczu (30 godzin), wypuściłem więc cewnikiem około 600 gr. moczu ciemnego, o ciężarze g. 101 29, i znalazłem w nim znacznie powiększone fosforany, duże ilości moczanów i około 1,2% białka, lecz nazajutrz już tego ostatniego wykazać nie mogłem.

Badanie miejscowe wykazało nieżyt przedsionka, który był pokryty przeźroczystą, śluzową wydzieliną, nadto zaczerwienienie i lekki obrzęk ujścia cewki, a nadczułość w obrębie małych warg i łechtaczki.

Rodzice zapytywani o samogwałt, stanowczo go zaprzeczyli, mimo to obstawałem przy podejrzeniu, gdyż inaczéj wytłumaczyć sobie nie mogłem przyczyny zmian nieżytowych i nadczułości narządów rodnych.

Obecności białka nie można było tu odnieść ani do zboczeń w nerkach lub czynności serca, zmian krwi etc, ani do zimnicy, słusznem więc jest przypuszczenie, iż przyczyną były zboczenia w czynności nerwów, gdyż po napadach białkomoczu, trwających od 1—3 dni, występowały znacznie dłuższe okresy czasu (3 tygodnie), w których chora czuła się zupełnie od niego wolną.

Przypadek II. W r. 1888 opisałem przypadek białkomoczu [1]), który tu w skróceniu przytoczę. Chory w młodości oddawał się samogwałtowi, następnie przechodził kilkakrotnie rzeżączkę, która pozostawiła ślady przewlekłego nieżytu w części krokowéj i zmiany w bl. podśluzowéj, (*xerosis*) a w ciałach jamistych lekki przerost, (*abscessus periurethrales*) zacząwszy od opuszki aż do szyjki. Wkrótce potem chory zauważył u siebie białkomocz. Badanie wykazało nadto obrzęk śledziony obok atonii przewodu pokarmowego, i ogólnego stanu zadumy.

Jaka była patogeneza białkomoczu w danym przypadku? Przeciw zimnicy przemawiała przeszłość chorego, wolna od napadów, brak charakterystycznych zmian ciepłoty i moczu, brak objawów charlactwa zimniczego. Chory nie mieszkał nigdy w okolicy błotnéj, miał suche, słoneczne mieszkanie. Sole chininowe i arsen w niczem nie zmieniły stanu chorego, ilość białka się nie zmniejszała, śledziona nie malała. Sama śledziona nie była twardą z grubemi lecz gładkiemi brzegami; przeciwnie, była ciastowatą z cienkiemi i nierównemi brzegami. Prąd elektryczny, bądź stały bądź przerywany, pozostał bez skutku. Brakło też w danym przypadku objawów samoistnego obrzęku śledziony (*leucaemia lienalis*), gdyż towarzyszą mu zawsze większe lub mniejsze zmiany ciepłoty, upadek ogólnego odżywienia, dreszcze, wymioty, ból głowy, etc.; tego zaś wszystkiego w danym razie nie było.

[1]) Nerwice zwrotne w narz. moczoplc. Przeg. Lek. N. 38—46 z 1888 r.

W moczu nie można było znaleść żadnych śladów zmian w kanalikach lub woreczkach, białko zaś znajdowałem peryjodycznie, przyczem strata jego zupełnie na chorego nie oddziaływała. Nie czuł on się ani znużonym, ani słabym, jak to bywa w chorobie Brighta, miał dobry apetyt i dobrze się odżywiał, objawy zaś napadów melancholii, j. t. płaczliwość, przygnębienie, zwątpienie, etc. raczéj do rozstroju nerwowego odnieść należało.

Nie można też było odnieść danego białkomoczu do zmian w przewodzie pokarmowym, gdyż atonia kiszek ustępowała po każdorazowem zastosowaniu zimnéj wody, a wtedy chory trawił b. dobrze, miał doskonały apetyt, stolce wolne i lekkie. Bywały wprawdzie zastoiny kałowe, ale nie uważałem, aby ilość białka powiększała się wskutek tego, a po zadaniu oleju rycynowego i usunięciu zupełnem zastoin, mimo szczegółowego badania zmian w ilości białka dostrzedz nie mogłem. Kilkakrotne poszukiwania osadu moczowego nie wykazało ani waleczków, ani przybłonka lub ciałek krwi, ropy etc. a zatem wady organiczne w nerkach stanowczo wykluczyć musiałem.

W obydwóch więc przytoczonych przezemnie historyach choroby białkomocz okazał się niezależnym od zmian w trzewach, od wad ustrojowych w nerkach lub ich otoczeniu, od zakażenia zimniczego i zmian w mięszaninie krwi; przypuściłem więc z prawdopodobieństwem, iż był pochodzenia nerwowego, a za takiem pochodzeniem przemawiały: 1) nieregularne zjawianie się i znikanie bez widocznéj przyczyny, 2) brak zmian organicznych bądź trzew, bądź nerek 3) ogólny nastrój nerwowy i objawy hypochondryi 4) usposobienie do zbytniéj pobudliwości płciowéj, wskutek samogwałtu w 1-ym, a rzeżączki w 2 im przypadku. Tak więc przypuścić musimy, iż białkomocz przemijający powstać może z chorób krocza i cewki, jako nerwica zwrotna, najczęściéj z powodu zmian ustrojowych w części krokowéj cewki, a zkąd słusznie zasługuje na nazwę białkomoczu zwrotnego (*Alb. reflectoria*). Wyżéj wykazałem drogę anatomiczną, na jakiéj odbywa się wybuch i przeniesienie téj nerwicy, tu nadmienię jeszcze, iż badania błony śluzowéj narządów płciowych doprowadziły mnie do przekonania, iż istnieją w nich t. z. *areae sensitivae*.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Kilka słów o leczeniu kiły[1]).

Napisał
Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 8.)

Z chwilą wystąpienia zmian ogólnych przystępujemy do leczenia, mianowicie zawsze leczymy wcieraniami, uważając je za najskuteczniejszy sposób podawania rtęci. I tak postępujemy nietylko w szpitalu, ale i w praktyce prywatnéj. Mają wcierania ujemną stronę, t. j. że wymagają fizycznego wytężenia przez 50—60 minut, bo tak długo wcierać należy, ale za to nie jest chory niewolnikiem, bo mniéj zwracać musi uwagi na pokarmy, których doboru wymaga leczenie wewnętrzne; stan zaś trawienia tak w kile, jak i w każdéj przewlekłéj chorobie decyduje o przebiegu i zakończeniu choroby. Zazwyczaj polecamy robić wcierania codziennie w ilości 3—4 gramów u dorosłych, 1·5—2 u dzieci, a u noworodków 1 grm. na dawkę. Może tutaj odpowiednią będzie rzeczą usprawiedliwiać, dlaczego przeważnie tak w szpitalu jakoteż w ambulateryjnem leczeniu stosujemy wcierania i jak sobie działanie rtęci w ogólności a w postaci wcierań w szczególności wyobrażamy. Poprzednio wspomnieliśmy, że obecność ogólnych objawów jest dla nas wskazówką, iż ten okres zakażenia za najwłaściwszy do leczenia uważamy, opierając się na bardzo szybkiem działaniu rtęci, co doświadczenie codzienne potwierdza. Dla usprawiedliwienia postępowania przytaczamy, że zakażenie kiłowe wyobrażamy sobie w następujący sposób. Nierozstrzygając, co jest przyczyną choroby, mającéj wszelkie znamiona choroby pasorzytniczéj, w okresie pierwszym po jedno lub kilkodniowem utajeniu spostrzegamy owrzodzenie w miejscu wejścia jadu a późniéj obrzęk gruczołów limfatycznych najbliżéj wejścia ułożonych. Potem następuje drugi okres utajenia, w czasie którego odbywa się dalsza walka między przyczyną kiły a ustrojem. Przypuszczając, że przyczyną są pasorzyty, musimy zgodzić się na to, że one dla swego istnienia zużywają pierwociny naszego ustroju, oddając ustrojowi wytwory swojego istnienia. Mniejsza o to, jak nazwiemy ową „*materia peccans*“, któréj nagromadzenie w ustroju jest przyczyną, że ten pozornie w walce ulegając musi dopuścić do wytworzenia ogólnych objawów. Zupełna bezskuteczność albo co najmniéj bardzo mała skuteczność rtęci w pierwszym okresie choroby, natomiast efektowne działanie rtęci w chwili istnienia objawów ogólnych pozwala przypuszczać, że rtęć nie tylko usuwa wytwory walki *materia peccans* z ustrojem, ale i na nią samą działa. Jak w chorobach infekcyjnych w ogóle, tak samo w kile wyobrażamy sobie, że chorobę stanowią wydzielnicze produkta mikrobów o własnościach istot białkowatych, do których rtęć ma wielkie powinowactwo. Otóż rtęć wchodząc w związki z owemi produktami, czyni je dla ustroju nieszkodliwemi, a gdy równocześnie staramy się o wydzielenie zużytych produktów przez przyspieszoną odnowę, usuwamy zakażenie i z niem chorobę. Zawsze używam wyrazu zakażenie wyobrażając sobie, że owe produkta stanowiące zakażenie nie tylko krążą we krwi, i tam prawdopodobnie ich najmniéj, ale znajdują się w całym ustroju i we wszystkich jego narządach i tkankach. Działanie ich na krew, jak wiadomo, objawia się zubożeniem w ciałka czerwone, powiększeniem ilości białych i zmniejszeniem się ilości hemoglobiny. Gdy tak jest, środek leczący zakażenie, względnie niszczący produkta wydzielnicze pasorzytów kiłę wywołujących w téj formie będzie najskuteczniejszy, która dozwoli mu zadziałać na największą powierzchnię ciała, przeto zniszczyć stosunkowo najwięcéj tych produktów jadu.

I oto tłumaczenie, dlaczego wcierania zasługują na pierwszeństwo w leczeniu kiły i dlaczego wyłącznie wcieraniami leczymy, które, jak w ogóle rtęć, skład krwi u kiłowych znów wyrównywa, zwiększając ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny, a zmniejszając ilość białych ciałek krwi.

Porównajmy rezultaty leczenia wcierań z rezultatami leczenia wewnętrznego i modnych wstrzykiwań podskórnych tak środków rozpuszczalnych jako też nierozpuszczalnych. Oto w obu razach rtęć działać będzie dopiero po wejściu do krążenia i to drogą krwi, przyczem poważna część rtęci przy leczeniu wewnętrznem z kałem odchodzi. Zapewne że działanie przy wewnętrznem używaniu będzie najsłabsze już i z tego względu, że bardzo mała ilość rtęci będzie mogła

[1]) Artykuł wyjęty ze sprawozdania naukowego przedłożonego Wydziałowi krajowemu za 1891. r.

wejść w połączenie z istotami białkowatemi, będącemi produktami wydzielniczemi mikrobów; z tego samego powodu nie o wiele korzystniejszy wynik dadzą wstrzykiwania podskórne przetworów rtęci rozpuszczalnych oszczędzające funkcye żołądka. Co do działania wstrzykiwań przetworów nierozpuszczalnych rtęci przyznać należy, że one efektowniéj działają niż wstrzykiwania przetworów rozpuszczalnych dlatego, iż dłużéj się w ustroju zatrzymują, chociaż mają wiele ujemnych stron, o których tutaj przemilczeć mogę. Trudno odpowiedzieć ogólnikiem, ile wcierań zrobić należy, to bowiem zawisło od stanu choroby i gdy 20 wcierań w obec wysypki plamistéj wystarczy, polecamy 30—40 podczas leczenia grudkowéj wczesnéj (*S. papul. recens*) a szczególnie grudkowéj późnéj (*S. papul tarda*) lub guzkowéj (*gumata*).

Od leczenia w tym okresie zależy cała dalsza przyszłość chorego i przebieg choroby. Im więcéj chory wcierań robi, tem większa ilość produktów jadu zniszczoną będzie i tem większe prawdopodobieństwo, że przy odpowiedniem zachowaniu się chorego recydywy nie okażą się. W razie nawrotu choroby, gdy objawy kiły występują na skórze, znów wracamy do wcierań rtęciowych i tylko wyjątkowo wobec zmian kiłowych na błonie śluzowéj leczymy jodem i zawsze miejscowo nie uważając jadu za lek swoisty w objawach wczesnéj kiły. Ponieważ od tego leczenia zależą recydywy, a ilość tych umniejszyć u prostytutek jest obowiązkiem lekarza, bo tym sposobem zapobiega się szerzeniu choroby, dlatego też w tym okresie nigdy nie żałujemy rtęci, ale jéj nie nadużywamy. Prawdę mówiąc nie mamy żadnéj wskazówki, kiedy wcierań zaprzestać należy i tutaj kierować się objawami choćby najlżejszego zajęcia dziąseł zdaniem mojem jest rzeczą niewłaściwą. Objawy zajęcia dziąseł i jamy ustnéj są zawsze dowodem szkodliwego wpływu rtęci, dlatego do nich doprowadzać nie należy. W tym punkcie, t. j. co do ilości wcierań, przedewszystkiem indywidualizować należy i tutaj decyduje osobiste doświadczenie; to pewna, że kto nie poskąpi rtęci, ten nie zgrzeszy, ma się rozumieć zwracając uwagę na ogólny stan chorego, który po wcieraniach nie powinien być bardziéj osłabiony niż przed rozpoczęciem leczenia.

Wogóle u prostytutek w szpitalach kiłę najchętniéj leczę wstrzykiwaniami i słusznie, gdy niema się takiéj kontroli, że wcieranie wogóle uskutecznione będzie i odpowiednio zrobione, wstrzykiwania zaś dają pewność, że rtęć użytą została. Mając jednak odpowiedni dozór, z powyżéj przytoczonych powodów leczymy wcieraniami, a tylko oporne chore lub niedbale się leczące otrzymują wstrzykiwanie, co powtarzam należy do wyjątków i wtedy z upodobaniem używamy salicylanu rtęciowego.

Nie leczymy rtęcią dotkniętych kiłą a gorączkujących z innego powodu i chorych podupadłych (nie z powodu zakażenia) w odżywieniu. W tych przypadkach usuwamy przyczynę gorączki względnie chery i późniéj ze skutkiem stosujemy rtęciowe leczenie. Wychodząc z tego przekonania, że wysypki wilgotne i wrzodzące są najczęściéj objawem jakiejś chery istniejącéj obok zakażenia kiłowego (najczęściéj skrofulozy i tuberkulozy), w tych postaciach na pierwszem miejscu zalecamy obok dobrego odżywienia jodek potasu. Przypadki późnéj kiły leczymy albo jodem albo rtęcią, albo oboma przetworami naraz. Mianowicie w przypadkach późnéj kiły zupełnie nieleczonéj rtęcią, albo niedostatecznie rtęcią leczonéj stosujemy najpierw wcierania. Gdy anamneza wykazuje, że dużo rtęci użyto, zalecamy wyłącznie jod, jeśli jod nie daje dobrych wyników, łączymy wcierania z wewnętrznem podaniem jodu, zawsze starannie usuwając czy to plastrem rtęciowym, czy maścią kalomelu, proszkiem kalomelu, jodoformu lub nalewką jodową zmiany miejscowe.

Tłumaczenie, w jaki sposób jod działa w kile, opiera się równie tylko na przypuszczeniach. Że jod w wczesnych okresach kiły jest nieporównanie mniéj skuteczny niż rtęć, o tem dzisiaj nikt nie wątpi — skuteczniejszym jest w zajęciu błon śluzowych wczesnego okresu, jeszcze skuteczniejszym w zmianach późnéj kiły, najskuteczniejszym w rozpadających się kilakach tak skórnych jakoteż błon śluzowych u chorych poprzednio rtęcią leczonych. Działanie jodu polega również na powinowactwie jego do białka, jak wiadomo uwalnia on metale ciężkie z związku z białkiem i sam z pewnemi postaciami białka wchodzi w połączenie. Rtęć i jod wystarczają nam zupełnie tak w leczeniu chorych w szpitalu, jakoteż w ambulatoryjum i dlatego w bardzo rzadkich przypadkach używamy odwaru Zittmana, natomiast w praktyce prywatnéj bardzo często zalecamy kąpiele słone, jodowe, siarczane lub leczenie zimną wodą, o których wpływie korzystnym, jakkolwiek niespecyficznym, na innem miejscu obszerniéj pomówimy.

III. O plombowaniu zębów obumarłych.

Napisał

Dr. K. Szymkiewicz, dentysta w Krakowie.

Leczenie zachowawcze próchnicą wygryzionych zębów z obumarłym rdzeniem rozpoczyna się dopiero z czasem wprowadzenia antiseptyki do chirurgii. Przedmiot ten omawiano już na tak licznych posiedzeniach i opisywano w tylu rozprawach i podręcznikach, iż wszystko razem zebrane mogłoby stanowić wcale pokaźną bibliotekę, a jednak przyznać trzeba, iż w téj sprawie akta wcale jeszcze nie są zamknięte, bo nie znamy dotychczas metody, któraby jako najbezpieczniéj prowadząca do celu, ogólnie uznaną i przyjętą została. W ciągu mojéj sześcioletniéj praktyki starałem się zawsze najusilniéj o to, aby zęby nawet nieżywe, jeżeli utrzymanie ich mogło mieć dla żucia jaką wartość, przez zaplombowanie od zguby uchronić, a mając w naszem społeczeństwie tak obfity pod tym względem materyjał, wyrobiłem sobie własne zdanie i niejako własną utworzyłem sobie metodę. Tych kilka słów posłuży za wytłomaczenie, dlaczego pozwalam sobie głos zabrać w sprawie téj, dla specyjalistów może aż zanadto dobrze znanéj, ale nigdy nie obojętnéj.

W zębach nieżywych z próchnicowym ubytkiem korony mogą zachodzić dwojakiego rodzaju stosunki, a mianowicie albo rdzeń zębowy (*pulpa dentis*), za pośrednictwem którego w stanie prawidłowym odbywa się głównie odżywianie ścian zębowych, został świeżo życia pozbawionym przez t. zwane „zatrucie“, przyczem okostna korzeniowa jest po największéj części zupełnie zdrową, albo też narząd w mowie będący, czy to sam przez się czy też przez użycie odpowiednich leków, już dawniéj uległ temu losowi i przez dłuższy czas narażony był na różne szkodliwości zewnętrzne. W tym ostatnim razie rozwija się w rdzeniu zębowym gnicie, przyczem doznają prawie zawsze wierzchołkowe części okostny mniéj lub więcéj znacznego zadraźnienia, które następnie przechodzi w zapalenie téj błony ostre lub przewlekle. W ostrem zapaleniu dolegliwości chorego bywają niekiedy tak

znaczne, iż o leczeniu zachowawczem mowy być nie może, nie pozostaje przeto nic innego, jak wyjęcie zęba, zwłaszcza, jeżeli zmiany zapalne przyjmą charakter ropny i rozszerzą się na okostnę szczęki, samą kość szczękową i jéj rdzeń (*periostitis, ostitis* i *osteomyelitis purulenta*). Wobec przewlekłego zapalenia może ząb, próchnicą nawet dość znacznie zniszczony, dłuższy czas pozostawać na swojem miejscu nie sprawiając żadnych bólów albo tylko nieznaczne przy silniejszym nacisku, dopóki próchnica niepowstrzymana przez zaplombowanie jamy w swym rozwoju nie zniszczy do tego stopnia ścian korony, iż takowe pod wpływem nieznacznego nawet urazu się pokruszą albo też dopóki przez przypadkowe zatkanie kanałów korzeniowych (n. p. pokarmami) przewlekłe zapalenie okostny nie przeobrazi się w ostre i nie zmusi do wyrwania zęba. Profani, którzy po największéj części pojąć nie mogą, zkąd wzięła się bolesność zęba przed laty zatrutego i dotychczas spokojnego, żądają zwykle ponownego „zatrucia“ w przekonaniu, iż bóle wychodzą od nerwu, a zapewnienia, że zabieg ten może tylko pogorszyć sprawę, przyjmują z niedowierzaniem, również dziwną im się wydaje zapowiedź dentysty, iż plombowanie zęba dawniéj zatrutego, chociażby dotychczas nawet nigdy nie bolał, będzie bardzo mozolne i kilka posiedzeń wymagające. Ztąd też praca około uratowania takich zębów należy do najniewdzięczniejszych zadań dentystyki.

Przygotowanie jamy próchnicowéj polega na usunięciu z niéj wszelkich organicznych istot i oskrobaniu chorobowo zmienionych części zębowiny oraz na wydobyciu rdzenia zębowego w całości, aż do szczytu kanału korzeniowego. Zniszczenie ścian bywa niekiedy tak rozległe, iż po dokładnem wyskrobaniu pozostaje tylko szkliwo w postaci cieniutkiéj skorupki, która przy nieoględnem prowadzeniu ekskawatora pokruszyć się może. O wiele żmudniejszem i więcéj cierpliwości wymagającem jest oczyszczenie ze wszystkich organicznych istot jamy rdzenia i kanału korzeniowego. Czynność tę uskutecznia się za pomocą haczykowatych, cieniutkich igiełek, które zakrzywione odpowiednio do kierunku kanału wprowadza się przez jamę próchnicową i usuwa stopniowo jego zawartość coraz głębiéj. W rzadkich tylko przypadkach udaje się wydobycie rdzenia odrazu w całości przez obrót takiéj igły naokoło swéj osi, naturalnie tylko wtenczas, jeżeli igła może zachować kierunek prosty. Baczyć jednak pilnie należy, aby przy tym zabiegu nie wepchnąć treści kanału przez otworek szczytowy (*foramen apicale*) do zębodołu, coby niewątpliwie ostre zapalenie okostny i utratę zęba za sobą pociągnąć musiało. Powszechnie w użyciu będące igiełki, które w $^1/_3$ części końcowéj posiadają kilkanaście ostrych haczyków (t. zw. igiełki nerwowe Donaldsona) są mniéj praktyczne od igiełek Arringtona o jednym końcowym haczyku, tamte bowiem zaczepiają się z łatwością o ściany kanału korzeniowego i na większéj lub mniejszéj przestrzeni odłamać się mogą. Jak trudnem jest uchwycenie i wydostanie na zewnątrz takiego odłamka, wobec tego, iż operuje się w ciemnościach, a każdy haczyk ostrym swoim koniuszkiem zaczepia się o twarde ściany kanału, może sobie tylko ten wyobrazić, kto z takiem przypadkowem powikłaniem miał do czynienia. Jakkolwiek takie odłamanie igiełki o jednym haczyku nie jest wykluczone, to przecież wydobycie jéj na zewnątrz daleko mniejsze sprawia trudności. Żadną miarą jednak nie można zostawić odłamka w korzeniu, gdyż zatyka ujście jego kanału i nie dopuszcza płynów przeciwgnilnych i odwaniających, które tamże dla dokładnéj sterylizacyi przed zaplombowaniem się wprowadza, a pod plombą rdzewiejąc sprowadzićby musiał zadrażnienie zapalne okostny. Ze względu więc na tę okoliczność korzystniejby było używać igiełek platynowych, które, ponieważ nie ulegają utlenieniu, dałyby się bez niebezpieczeństwa w kanale korzeniowym pozostawić, wszakże haczyki z tego metalu nie są dość ostre i nie chwytają dość skutecznie rozmiękłéj zawartości korzenia.

W zębach jednokorzeniowych, które zajmują przodkową część arkady zębowéj i względnie szeroki posiadają kanał, można po największéj części dokładnie wydobyć pulpę, jakkolwiek nieraz z bardzo wielkim mozołem, jeżeli n. p. ubytek korony zasłonięty sąsiednim zębem niekorzystny daje przystęp. W zębach wielokorzeniowych mnożą się niekiedy trudności do tego stopnia, iż o gruntownem oczyszczeniu nawet mowy być nie może. Pominąwszy bowiem niektóre okoliczności, jak n. p. utrudniony również przystęp do jamy, jeżeli takowa zajmuje odrośrodkową ścianę korony, wrastające i za najlżejszem uszkodzeniem obficie krwawiące dziąsło, również z jednéj strony lice z drugiéj język, które tamują swobodne użycie narzędzi, także ślinotok, zalewający niekiedy strumieniem całe pole operacyjne (co w ostateczności przez założenie na ząb serwetki gumowéj usunąć się daje), największe trudności sprawiają same kanały korzeniowe. Kierunek ich bowiem, a przedewszystkiem ich rozmiary są tego rodzaju, iż używając nawet najcieńszéj igiełki nerwowéj, nie można jéj wprowadzić tak głęboko, aby je ze wszystkich rozkładowych istot oswobodzić się dało. Nie mówiąc już o nieprawidłowem rozgałęzieniu korzeni i ich kanałów, co stosunkowo tak często się zdarza, uważać można następujące korzenie za niedrożne dla igły nerwowéj, a mianowicie: obydwa korzenie pierwszych zębów dwuguziczkowych górnych; obydwa korzenie licowe zębów trzonowych górnych oraz korzeń dośrodkowy zębów trzonowych dolnych, który po największéj części posiada dwa cieniutkie kanaliki.

Wobec tych warunków uciec się należy do środków chemicznie w ten sposób działających, aby zniszczyły w pozostałych częściach rdzenia zębowego zdolność do dalszego rozkładu, t. j. aby go uczyniły aseptycznym. Witzel[1]) używa do odrażania kanałów korzeniowych silnego rozczynu sublimatu (20%) i wypełnia je pastą złożoną z sublimatu, kwasu karbolowego i morfiny, a wreszcie nakłada plombę, przywiązując, jak i wszyscy inni autorowie, największą wagę do dokładnego wydalenia części gnilnych pulpy; jeżeli zaś tego z wszelką dokładnością uskutecznić nie może, natenczas pozostawia jamę próchnicową zęba otworem i tylko silnie rozczynem sublimatu przestrzykuje. Metoda ta ze względu na użyty środek desinfekcyjny nie pozostawiałaby nic do życzenia, gdyby nie ta głównie okoliczność, iż pod wpływem sublimatu ściany korony przyjmują ciemne, prawie czarne zabarwienie i dlatego zwłaszcza na zębach przednich wspomnianéj pasty na stałe w korzeniach pozostawić nie można. Baume[2]), Miller[3]), Parreidt[4]), Brandt[5]), Metnitz[6]). Sachs[7]) i inni wprowadzają do kanałów korzeniowych nitki

---

[1]) *Compendium d. Path. u. Therap. der Pulpakrankheiten des Zahnes* 1886. — [2]) *Lehrbuch d. Zahnheilk.* 1885. [3]) W wykładach i ambulat. w poliklinice berlińsk. — [4]) *Compend. d. Zahnheilk.* 1886. — [5]) *Lehrb. d. Zahnheilk.* 1890. [6]) *Lehrb. d. Zahnheilk.* 1891. — [7]) *Handbuch d. Zahnheilk.* Dzieło zbiorowe wydane przez Schaffa 1892.

waty, napojone zgęszczonym rozczynem kw. karbolowego. Scheff jun.[1]) stosuje w tym celu chinolinę, Walkhoff[2]) chlorek fenolu, Kejzlar[3]) aristol, inni nowsze środki desinfekcyjne, jak lysol, kreolinę i t. d. Sterylizacyja jednak w mowie będących przestworów możliwą jest tylko przy dłuższem używaniu podanych środków, a pewnego pod tym względem przekonania nabieramy dopiero wtenczas, skoro nitka waty po 24 godzinach nie okazuje zgniłéj woni, co wymaga niekiedy zmiany opatrunków przez kilka lub nawet kilkanaście dni z rzędu. Vajna[4]) sądząc, iż niepowodzenie po zaplombowaniu obumarłych zębów powstaje skutkiem nienależytego użycia środków przeciwgnilnych, podaje swoje strzykawki włosowate (*Capillar-Injectoren*), których kaniule, mające kierunek prosty lub będące pod kątem 90° i 120° zakrzywione, dają się wprowadzić do wszystkich korzeni bez względu na położenie jamy próchnicowéj zęba i pozwalają zastosować także lek w odpowiednio małéj dawce bez zadrażnienia otaczających części. Bardzo wielu zwolenników znalazł jodoform albo w postaci proszku (Hesse[5]), Holländer[6])), albo jako pasta (Shogsborg[7]), Chruszczow[8])). Miller[9]) jednak wykazał, iż jodoform nie tamuje rozwoju drobnoustrojów w gnijącym rdzeniu zębowym i dlatego w tym celu używać się go nie powinno. I rzeczywiście w zębach tą metodą leczonych znaleść można jodoform w stanie niezmienionym na powierzchni rdzenia, który swobodnie uległ gnilnemu rozkładowi i wywołał zmiany zapalne na okostny. Słusznie powiada Baume: *„das Jodoform hat so zu sagen todt gelegen“*. Coleman[10]) a za nim Cunningham[11]) uważają arszenik za najlepszy środek do stałego desinfekcyjonowania resztek rdzenia w kanałach korzeniowych niedostępnych dla igiełki nerwowéj i otrzymują bardzo dobre wyniki, chociaż całą operacyję plombowania na jednem posiedzeniu kończą. Metodę tę przyjął także Holländer[12]) i jest z niéj bardzo zadowolony. Ponieważ częstokroć się zdarza, iż arszenik sprowadza reakcyję zapalną okostny po zatruciu pulpy, więc przypuścić trzeba, iż chyba w bardzo małéj dawce może działać stale przeciwgnilnie na zgorzelinowe części tego organu. Baume[13]) stara się za pomocą zupełnie nowéj metody ochronić rdzeń zębowy zatruty przed rozkładem gnilnym i to przez nasycenie go (*Imprägnirung*) solami, a mianowicie ałunem lub boraksem, które w postaci krystalicznéj wprowadza do jamy rdzenia, tamże rozciera tak, aby w ujścia poprzednio sztucznie rozszerzonych kanalików się dostały i po usunięciu nadmiaru nakrywa je szczelnie zwiniętym w kulkę staniolem, a wreszcie wypełnia jamę próchnicową zęba plombą stałą. Rother[14]) uznał tę metodę za najprędzéj i najbezpieczniéj do celu prowadzącą w zębach świeżo pozbawionych życia, czy jednak takie nasycenie rdzenia uległego zgorzeli, jak Baume przypuszcza, z równą korzyścią da się zastosować, dotychczas stwierdzone nie zostało i o ile się zdaje, jest bardzo nieprawdopodobne. O wiele mniéj względów dla zatrutéj pulpy okazuje Herbst, który za pomocą swojéj metody rotacyjnéj nakrywa ją bezpośrednio w częściach korzeniowych hermetycznie staniolem a na tym osadza stałą plombę nie stosując poprzednio żadnych antiseptycznych środków[1]). Uważając szczelne zamknięcie kanałów za najpierwszy warunek do zapobieżenia rozkładowi pulpy, otrzymuje podobno H. przy takiem postępowaniu jaknajlepsze wyniki, co potwierdzają spostrzeżenia i innych jego naśladowców.

Wysokiéj ciepłoty używano również, aby zniszczyć obumarły rdzeń zębowy w miejscach dla mechanicznego usunięcia niedostępnych i to dawniéj za pomocą *ferrum candens*, obecnie zaś za pomocą galwanokaustyki lub termokauteru Paquelina[2]). Pod wpływem metalu do czerwoności rozżarzonego ulegają zwęgleniu w mowie będące istoty organiczne aż do samego szczytu korzenia. Kirchner[3]) łączy to zwęglenie z działaniem następowem pary jodu, która przez ogrzanie jodoformu do odpowiedniéj temperatury (180° C.) w postaci fijoletowego gazu się wydobywa. Kryształki jodoformu wprowadza on na druciku platynowym pętli galwanokaustycznéj w głąb kanału korzeniowego w stanie zimnym jak można najgłębiéj, a następnie przez zamknięcie prądu rozżarza drucik i sprowadza wydzielanie jodu, który w postaci pary przenika części rdzenia w nieprzystępnych dla wypalania miejscach. W tem samem posiedzeniu wypełnia następnie kanał pastą z tymolu i plombuje na stałe jamę próchnicową korony. I ten sposób postępowania ma dawać bardzo dobre wyniki, jakkolwiek częstokroć występują objawy zadrażnienia okostny w kilka dni jednak przemijające.

Pominąwszy inne mniéj lub więcéj racyjonalne metody leczenia zębów nieżywych, przystępuję do opisania własnego sposobu, który tak po świeżem obumarciu rdzenia, jakoteż w przypadkach ropienia lub zgorzeli tego organu, oddał mi jak najlepsze usługi. Przedewszystkiem jednak mam tu na względzie przypadki ostatniego rodzaju, gdzie mamy do pokonania sprawę gnilną rozwiniętą w treści i w ścianach jamy rdzenia zębowego, a niekiedy jeszcze do usunięcia zmiany chorobowe, będące tejże sprawy następstwem.

W pierwszym rzędzie chodzi naturalnie o jaknajdokładniejsze oczyszczenie jamy próchnicowéj zęba z ciał obcych jakoteż ze wszystkich części zębowiny chorobowo zmienionych tak, aby tylko czyste i zdrowe ściany pozostały. Czynność ta jest niekiedy bardzo łatwą n. p, jeżeli jama wychodzi z powierzchni żucia, kiedyindziéj znowu nader trudną n. p. w jamach zajmujących ściany boczne zębów (*Approximal-Cavitäten*). Ponieważ przy takiem oczyszczeniu największe trudności sprawiają zazwyczaj zaułki jamy niedostępne ani dla ekskawatora ani dla świderka poruszanego kołowrotkiem, przeto lepiéj jest celem ułatwienia sobie przystępu odłupać część zdrową szkliwa, aniżeli pozostawić pod niem najmniejszą chociaż odrobinę próchnicowo zmienionéj zębowiny, która staje się następnie punktem wyjścia dla rozwoju tejże choroby w zaplombowanym zębie. Z jamy rdzenia usuwam wszystkie gnilne istoty, aby również zupełnie czyste i zdrowe ściany otrzymać, przyczem naturalnie potrzeba niekiedy ostrem narzędziem usunąć z tych ostatnich

---

[1]) *Lehrb. der Zahnheilk.* 1884. — [2]) *Deut. Monatschr. f. Zahnheilk.* Mai, 1883. — [3]) *Oest.-ung. Viertjsch. f. Zahnheilk.* Październik, 1890. — [4]) *Oest.-u. Viertj. f. Zahnheilk.* Kwiecień, 1890. — [5]) *D. M. f. Z.* Czerwiec, 1884. — [6]) *Das Füllen der Zähne.* 1885. — [7]) Autor ten poleca pastę jodoformową jako lek swoisty w zapaleniu rdzenia zębowego. *D. M. f. Z.* Sierpień, 1886. — [8]) *Correspbl. f. Zahnärtzte.* Styczeń, 1885. — [9]) Sprawozdanie w *D. M. f. Z.* z grudnia 1890 i marca 1891. — [10]) *Lehrb. d. zahnärtzl. Chir. u. Path.* 1883. [11]) Sprawozd. w *D. M. f. Z.* Październik 1889. — [12]) *Oest.-u. V. f. Z.* Kwiecień 1888. — [13]) *D. M. f. Z.* Marzec 1888. — [14]) *Zahnärtzl. Rundsch.* zeszyt I, 1889.

[1]) Odpowiednie doświadczenia przez Herbsta wykonane miałem sposobność widzieć w Frankfurcie n/M. i w Lipsku r. 1888. [2]) Brandt podał zmodyfikowany do celów dentystycznych termokauter Paquelina: zob. *D. M. f. Z.* Sierpień 1889. — [3]) *D. M. f. Z.* Czerwiec 1881.

powierzchowne warstwy chorobowo zmienione. Następnie rozszerzam przystęp do kanałów korzeniowych za pomocą świderka i wydobywam ztamtąd, o ile to jest możliwe, pulpę korzeniową igiełkami Arringtona. Zauważyć przy tem muszę, iż wszelkie narzędzia, których w jamie rdzenia i kanałach korzeniowych używam, a przedewszystkiem wspomniane igły, maczam za każdym razem przed wprowadzeniem do tych jam w zgęszczonym kwasie karbolowym, wychodząc z tego przekonania, iż takie kilkakrotne wprowadzenie igły z uwieszoną na jéj haczyku odrobiną silnego środka przeciwgnilnego podczas wydobycia pulpy, znakomicie do desinfekcyi jéj resztek w końcowych częściach kanału się przyczynia.

Tym sposobem nie można jednak nabrać pewności, iż kw. karbolowy przesiąknął zgniły rdzeń aż do samego szczytu korzeni, albowiem jeżeli się w tym okresie balonikiem wdmuchnie do korzenia silny prąd powietrza, takowe wraca mocno cuchnące jeszcze zgnilizną. Aby więc te istoty gnilne zniszczyć, a przynajmniéj aby je uczynić niezdolnemi do dalszego rozkładu pod plombą, również aby wyjałowić same ściany kanałów, które są przesiąknięte pierwiastkami rozkładowemi a niedostępne dla mechanicznego oczyszczenia, używam przestrzykiwania kanałów roczynem przeciwgnilnym z następowem wdmuchiwaniem gorącego powietrza. Do przestrzykiwania daje się skutecznie zastosować strzykawka Bleichsteinera, mająca kształt bagnetowy, na któréj osadzoną kaniulę można dość głęboko wsunąć w kanał korzeniowy i silny prąd środka przeciwgnilnego do niego wprowadzić.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Brünauer (Wiedeń): **Przypadek makrosomii.**

Makrosomią nazywamy nadmierny rozrost ciała w niestosunku będący do wieku, spostrzegany przeważnie u dzieci. Może ona mieć już początek w łonie matki albo rozpoczyna się dopiero w życiu płodowem. Często obejmuje tylko pojedyncze części, często całe ciało, a wtedy nazywamy ludzi takich olbrzymami. Prof. Tareuffi opisał 46 przypadków jużto częściowéj już téż zupełnéj makrosomi. B. podaje opis, wymiary i fotografię olbrzymiego noworodka, którego prof. Monti nazwał: *mirabile exemplum.*

J. F. dziecko 6-miesięczne, płci męzkiéj, ma rodziców także silnéj ale nie nadmiernéj budowy ciała. Starszy braciszek 3 letni jest dzieckiem na swój wiek wątłem i małem. Dziecko opisane w dzień swego urodzenia ważyło 4800 gr. (dziecko prawidłowe waży 3080), w 6 miesięcy potem ciężar ciała wynosił 14.000 gr. (u prawidłowych dzieci 7000). Jeszcze ciekawsze są wymiary tego małego olbrzyma i tak: długość ciała = 75 ctm., obwód czaszki = 43 ctm., obwód szyi = 28 ctm., obwód klatki piersiowéj = 53 ctm., obwód uda = 35 ctm. Zresztą narządy wewnętrzne zupełnie prawidłowe, inteligencyja odpowiadająca dziecku 6-miesięcznemu, twarzyczka przyjemna i uśmiechnięta. Pierwszy ząb w 3 im miesiącu a w 6-tym miesiącu dziecko ma już 12 zębów. — (*W. med. Wsohft.* Nr. 1, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby wewnętrzne.

Hölscher i Seifert: **O działaniu gwajakolu w gruźlicy.**

Jedynie tylko Prof. Sommerbrodt i mała cząstka lekarzy uważa kreozot i gwajakol za środek właściwy przeciwkogruźlicy, inni zaś lekarze twierdzą, że działa on tylko symptomatycznie jak środek gorzki, zwiększając soki wydzielnicze żołądka i ułatwiając trawienie. Jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że i w tym kierunku przetwory kreozotowe działają doskonale zwiększając apetyt i podnosząc odżywianie, to z drugiéj strony własności jego specyficzne przeciwko gruźlicy co raz bardziéj stają się widocznemi. Stosując zaś węglan gwajakolowy — środek, który ani zapachu ani smaku niema — przekonywujemy się, że i on także działa korzystnie na trawienie, a więc działanie to zależy już nie od zapachu, goryczy lub drażnienia błony śluzowéj żołądka, przez który przechodzi prawie nie zmieniony, lecz od jego chemicznych własności. Nadto wstrzyknięty gwajakol w udo działa równie dobrze, jakby się dostawał do żołądka. Gwajakol będąc wchłoniętym, nie krąży w wolnym stanie we krwi lecz jako nowy jakiś bliżéj nie znany związek i w tym stanie wcale nie jest trującym dla prątków, jak to doświadczenia na zwierzętach wykazały. Wydzielonym zostaje z organizmu jako kwaśny etrosiarczan, co uprawnia nas do przypuszczenia, że gwajakol podczas wchłaniania łączy się z ciałami białkowatemi krwi, a mianowicie za pomocą atomu siarki. Krew u suchotnika zawiera obok normalnych istot białkowatych jeszcze i wiele innych produktów i rozkładowych istot białkowatych, powstałych w skutek działania prątków gruźlicy, gorączkę, rozpad itp. i te będąc o wiele słabszemi połączeniami, niż normalne istoty białkowate w krwi się znajdujące łatwiéj się łączą z gwajakolem, stając się, przez to nieszkodliwemi; gwajakol łączy się bowiem z siarką tych istot i powstaje kwaśny siarczan gwajakolowy, a reszta zaś tych istot jeszcze daléj się rozpada, utlenia i zostaje przez mocz wydzielona. Wten sposób zostaje krew uwolniona od tych trujących produktów, które wywołują gorączkę, poty nocne, psują trawienie a przy użyciu gwajakolu, węglanu gwajakolowego, lub kreozotu objawy te powoli ustępują i o ile organizm jest w stanie te środki sobie przyswoić, lub o ile więcéj ich może zużyć, tem skutki są lepsze, co zresztą doświadczenia i praktyki istotnie potwierdzają.

Inne środki z grupy fenolu lub też z grupy antifebryny, fenacetyny, które opuszczają organizm jako eterosiarczany kwaśne, muszą podobnie działać na te produkty rozpadowe, a łącząc się z niemi w związki nieszkodliwe, nietrujące, uwalniają organizm od zakażenia. W tem więc znaczeniu gwajakol działa jako środek przeciwko gruźlicy, ale nie tak jak myślano do niedawna, że przy jego użyciu wytwarza się sterylizacya krwi lub wewnętrzna antyseptyka, bo doświadczenia z taką krwią nasyconą gwajakolem wykazały bezpodstawność tego dowodzenia. (*Berlin. Klin. Wochschr.* N. 3. 1892.). *Dr. J. Surzycki.*

Chirurgija.

H. Sahli: **O zabiegach chirurgicznych na mózgu ze względu na medycynę wewnętrzną.**

Wykład S. ważnym jest ze względu na to, że lekarz chorób wewnętrznych bada warunki, w których zabieg operacyjny w chorobach mózgu jest uzasadnionym i w których on korzystnego wyniku spodziewać się dozwala. Z wykładu wyklucza S. obrażenia ogniskowe mózgu sprowadzone uszkodzeniem czaszki w następstwie urazu. Natomiast zastanawia się nad zabiegami podejmowanemi z powodu nowotworów mózgowych, ropni, padaczki, celem usunięcia wygórowanego ucisku mózgu dla nowotworów tegoż, chorób opon, wad utworowych wreszcie celem leczenia niektórych chorób umysłowych.

Z nowotworów mózgu tylko te operacyjnie usunąć można, które są na sklepieniu półkul usadowione, ściśle odgraniczone od otoczenia, niezbyt wielkie, w przeciwnym bowiem razie wygórowany ucisk utrudnia znacznie oznaczenie siedliska nowotworu, i wreszcie pierwotne a nie przerzutowe. Niebezpieczeństwo zabiegu przy nowotworach grozi ze strony wielkiéj trudności w tamowaniu krwotoku, łatwości zakażenia rany od zewnątrz i operacyjnego insultu. Z dotychczas podejmowanych zabiegów celem usunięcia nowotworów mózgu prawie $^1/_3$ część uwieńczoną była istotnie pomyślnym skutkiem; w przypadkach tych prawie wyłącznie usunięto nowotwory z ruchowego obrębu kory półkul. Z 18 ropni mózgowych leczonych chirurgicznie aż do obecnéj chwili 13 było uleczonych zupełnie, a jeden częściowo. Uwzględniwszy, iż ropnie te są albo następstwem urazu na czaszkę,

lub otoku jamy bębenkowej z przebiciem do jamy czaszkowéj, stanowczo przyznać należy, iż oznaczenie siedziby ropnia jest stosunkowo łatwem; albo znajduje się on w okolicy czaszki urazem dotkniętéj, lub jeżli on jest następstwem otoku jamy bębenkowéj znajduje się w płacie skroniowym lub móżdżku. Z form padaczki tylko forma drgawek Jacksona może stanowić wskazanie do zabiegu celem usunięcia ośrodka ruchowego zbytnio pobudliwego, wywołującego kurcze. Mimo to i w tych przypadkach widziano po zabiegu nawroty napadów, czy to wskutek wycięcia niewłaściwego ośrodka, czy też wskutek objęcia czynności chorobowéj wyciętego ośrodka przez inny okoliczny ośrodek, czy też wreszcie przez drażnienie okolicznych ośrodków blizną utworzoną w miejscu centrum wyciętego wywołane.

Zabiegi operacyjne w chorobach nieuleczalnych mózgu podejmowane, mają tylko skutek przemijający, np. o ile one przez obniżenie czasowe wygórowanego parcia śródczaszkowego usuwają czasowo dotkliwy ból głowy, tarczę zastoinową itd. S. radzi w takich przypadkach wykonywać trepenacyę kości tępym trepanem i bez przebicia opony twardéj. W końcu nie sądzi, żeby zabieg w mikrocefalii był dojrzale uzasadnionym; rękoczyny zaś w przypadkach wynaczynień czy to bezpośrednie czy też pośrednie mianowicie przez zalecane podwiązanie tętnicy dogłowowéj uważa za szkodliwe. Toż samo zwalcza ostro zdanie Burkhardta, aby chorym umysłowym nieść chirurgiczną pomoc, pomysł Horsleya, aby kilaki operacyjnie usuwać. (*Sammlung klin. Vortr. Volkmanna* N. 28. 1891.) *Dr. Wachholz.*

Choroby kobiece.

Kleinwächter (Czerniowce): **Zasady gineko-elektroterapii.**

Metoda Apostolego z dwóch względów zasługuje na omówienie. Po pierwsze dlatego, że jest łatwą do stosowania dla lekarzy niespecyjalistów, a z drugiéj strony, że usuwa bez bólów i bez przerwy w zawodzie cierpienia, które dotąd tylko leczono za pomocą operacyi, i że w odpowiednich wskazaniach metoda ta jest pewną, a przy postępowaniu aseptycznem prawie bez niebezpieczeństw. Praca autora ma na celu zapoznanie ogółu lekarzy w sposób przystępny a treściwy, z metodą i wskazaniami dla elektroterapii w ginekologii. Przytoczywszy liczny szereg autorów, którzy przed Apostolim metodą tę stosowali (do r. 1881), omawia autor główne zasady nauki Apostolego, który ma tę zasługę, iż z nauki tylko doświadczalnie, bez ścisłych wskazań stosowanéj, stworzył metodę naukową o pewnym ściśle naukowym planie.

W ginekologii używa się prądów stałych, rzadziéj przerywanych.

Prąd stały. Aparat opatrzony reostatem ma być takiéj miary, aby mógł dać prąd do 300 Miliamperów. Jedną elektrodę kładzie się jak najbliżéj części choréj, lub też w samą część chorą (n. p. do macicy, jajników), drugą zaś na powłoki brzuszne. Dlatego też muszą one być różnéj wielkości i jakości. Elektroda na powłoki brzuszne t. zw. obojętna, winna być obszerna (mniéj lub więcéj 30 centim. długa, a 20 ctm. szeroka) z dowolnego, ale lekkiego materyjału i mocno zwilżona. Autor używa jako elektrody obojętnéj kompresu z flaneli, maczanego w ciepłéj wodzie. Elektroda zaś działająca, t. zw. czynna, jest małych rozmiarów, jużto dlatego, aby działanie było większe, jużteż dlatego, że stosunki rozmiarowe na inne nie pozwalają. Kształt ich może być różny: sondy maciczności, sztyletu, igły, cylindra i t. p. Mogą być albo metalowe (z złota, platyny), lub też niemetalowe, które się sporządza z odtłuszczonéj waty dobrze wilgotnéj. Działanie elektrod niemetalowych jest łagodniejsze, lecz bardziéj w głąb tkanek działające od elektrod metalowych. Co do wskazań do użycia pewnych biegunów i elektrod, to 1) bieguna dodatniego jako czynnego używa się, gdy potrzeba działania ściągającego, przeciwkrwotocznego i żrącego lub wywołania skurczów. Przy prądach słabych działa kojąco (szczególniéj elektrody niemetalowe) i znieczulająco i drażni nerwy naczyniowe. 2) Biegun ujemny jako czynny jest właściwie elektrolityczny, używa się go też wyłącznie do rozpuszczania dobrotliwych nowotworów macicy. Przy słabych prądach działa skrzepiająco i ułatwia wessanie.

Prądu przerywanego używa się li tylko do wywołania skurczów jużto mięśni jużteż naczyń i dlatego ma zastosowanie w zapaleniach przewłocznych, gdzie działa podobnie jak mięsienie. Zastosowanie ma tylko prąd drugorzędny przerywany. Jako elektrod używa się obok wyż wymienionych także Apostolego zgłębników dwubiegunowych, macicznych i pochwowych, które mają tę wyższość, że w sobie mieszczą oba bieguny, więc razem w macicy działają na małéj przestrzeni.

Co do siły prądu, to zależy od natury cierpienia. 1—2 M. A. wystarczy n. p. do ukojenia bólu, 20—40 M. A. do usunięcia świądu sromu, 40—60 M. A. w *subinvolutio uteri*, a przy mięśniakach macicy potrzebny niekiedy prąd do 350 M. A. Im większa siła prądu, tem większa winna być elektroda obojętna. Prądy do 200 M. A. zazwyczaj nie wymagają uśpienia choréj, prądy silniejsze stosować należy w narkozie. Elektroda czynna bywa dostatecznie w pochwie odosobniona, aby niepotrzebnie nie raniła, i to albo za pomocą rur kauczukowych, lub też wziernika. Na początku posiedzenia bierze się prąd słaby, stopniowo się go zwiększa do potrzebnéj siły a następnie znów zwolna się go zmniejsza; jest to ważne dlatego, że w przeciwnym razie może wystąpić shock. Należy także uważać, aby elektroda czynna nie wywoływała bólu, który jest wskazówką, że trzeba prąd zmniejszyć, chyba że istnieje stan zapalny.

Czas trwania posiedzenia wynosi nie więcéj nad 5—10 minut przy stosowaniu prądu stałego, przy prądzie przerywanym nawet do 40 m.

Przeciąg czasu od jednego do następnego posiedzenia zależy od siły użytego prądu. Prąd słaby można aplikować co drugi dzień, silniejsze 2 razy tygodniowo, a galwanopunkturę co 2 tygodnie. Zawsze należy przestrzegać następujących środków ostrożności: a) aby prądu nagle nie przerywać, co się często dzieje przez nieuwagę lub niepokój choréj; b) aby postępować ściśle antiseptycznie (odrażać pole operacyjne, elektrody i ręce); c) leczenie odbywać się ma dokładnie według wskazań tak co do wyboru bieguna jakoteż i siły prądu, d) nagłe znikanie wszystkich objawów chorobowych po I. posiedzeniu nie powinno łudzić, bo bywa tylko pozorne; e) obecność spraw zapalnych ostrych, jak niemniéj chorób serca, wymaga przezorności.

Przeciwwskazanie do leczenia elektrycznością jest ciąża, ostre zapalenie nerek, macinnica, nadczułość, idiosynkrazyja i nieżyty jelit. (Dok. nast.)

Choroby skórne i kiłowe.

Purtscher: **Wrzód pierwotny na dolnéj powiece.**

Ośmnastoletnia dziewczyna wiejska zasłabła przed 2 tygodniami na zapalenie prawego oka. Znaczne obrzmienie ograniczało się tylko do powieki dolnéj, wydzielina była nieznaczna. Przy dotyku zewnętrznym spostrzeżono bardzo znaczne stwardnienie głębszych tkanek powieki. W środku dolnego załamka spojówki znajdował się wrzód niemal wielkości bobu, na 3 mm. zagłębiony, brudną wydzieliną pokryty, o brzegach prawie chrząstkowatych i w obwodzie silnie zaczerwieniony, gruczoły za uchem były powiększone. W pierwszéj chwili myślał autor, że to jest oparzenie spojówki jakimś środkiem żrącym lub może ograniczona błonica. Gdy jednak te przypuszczenia zostały wykluczone, nie powątpiewał dłużéj, że jest to wrzód kiłowy. Ponieważ chora stanowczo wypierała się wszelkich stosunków płciowych z mężczyznami, a nadto okazało się, że była *virgo intacta*, przyszedł tedy autor na myśl, iż w niektórych okolicach panuje u ludu zwyczaj wylizywania chorych oczu. Odnośnie do tego przypuszczenia zapytał się wprost choréj kto jéj oko wylizywał, poczem się sprawa wyjaśniła, że chora

swojéj własnéj matce miała kiłę do zawdzięczenia. Według podania oko było już przed tygodniem lekko zaczerwienione. (*Centralblatt für prakt. Augenheilk.* 1891, November.)

Dr. Skobel.

Kromayer: **Leczenie rzeżączki przewlekłéj.**

W leczeniu rzeżączki znajomość budowy cewki moczowéj, jako téż własności jéj fizyologicznych odgrywają bardzo ważną rolę. Rozpoznanie, czy zarodek choroby znajduje się w przedniéj części cewki, czy w tylnéj, jest rzeczą najgłówniejszą, rozstrzyga bowiem o sposobie leczenia. Rozpoznanie najlepiéj oprzeć na próbie 2 szklanek lub wypłukaniu cewki przedniéj. Jeżeli się mówi o rzeżączce chronicznéj, to można mieć na myśli tylko trypra cewki tylnéj, gdyż część przednia łatwo jest przystępną cieczy zwykłéj strzykawki, która jednak po za *bulbus* nie przechodzi. W celu leczenia części tylnéj musimy użyć innych metod. Najprostszą i najłatwiejszą jest metoda polegająca na wprowadzeniu elastycznego cewnika do części tylnéj, i przepłukiwaniu jéj rozczynem *argent. nitr.* 1 : 4000—5000. Ta sama myśl tkwi w metodzie Gyona i różni się ona tylko ilością wprowadzonego leku. Guyon zastrzykuje kilka kropli rozczynu azotanu srebrowego 0·25% K. nie jest zwolennikiem leczenia za pomocą twardych zgłębników, widział bowiem po zastosowaniu częste zapalenia jąder, gruczołu krokowego i pęcherza. Jeżeli zmiany chorobowe nie przekroczyły opuszki, a przyjęły mimo to charakter rzeżączki przewlekłéj, to sprawa chorobowa najpewniéj nie ma typu rozlanego, lecz raczéj miejscowy. W tych przypadkach endoskop najlepsze oddaje nam usługi. Za pomocą niego najlepiéj możemy przekonać się o umiejscowieniu się choroby. Jeżeli istnieje owrzodzenie, to najlepiéj wprowadzić do endoskopu pędzelek namoczony w silnym rozczynie *argent. nitr.* i miejsce to zapędzlować; jeżeli zaś mamy do czynienia z brodawkami, to posługujemy się metodą wprowadzania zgłębników i świeczek, lecz nie po za opuszkę. Wobec zastarzałych nacieków najlepiéj rozszerzać cewkę metodą Oberländera albo nacinać miejsca naciekłe według Otisa. (*M. m. Wnft.* Nr. 46. 1891).

Dr. Mendelsburg.

Toksykologija.

Adler: **Przypadek otrucia hyoscyną.**

Uczeń zażył przez nieostrożność znaczną ilość hyoscyny. Zaraz potem nastąpiła utrata przytomności, śpiączka, drgawki kloniczne, sino-blade zabarwienie skóry, źrenice ad maximum rozszerzone, suchość błony śluzowéj jamy ust, szybkie i miękkie tętno. Po kilku godzinach przytomność zwolna wracać zaczęła, tętno stało się wolniejszem i silniejszem. Potem wystąpił stan znacznego rozdrażnienia, po którym chory wpadł w głęboki sen. Następnego dnia wszelkie objawy ustąpiły bez śladu. W moczu wykazano pewną istotę mającą podobne własności fizyjologiczne, co ciała należące do grupy wilczéj jagody (*atropa belladonnae*). (*Berl. kl. Wschr.* 10, 1891.)

Dr. Süsskind.

Terapija.

Niell Mac Gillycuddy (Bournemouth: **O działaniu leczniczem fenacetyny.**

G. przypisuje fenacetynie wielką wartość ze względu na jéj działanie kojące ból i przeciw gorączkowe. Środek ten miał autor ze skutkiem stosować od 2 lat prawie we wszystkich rodzajach bólów tak przeciw migrenie i nerwobólowi jakoteż wobec ropni ucha. G. uważa fenacetynę jako specyfikum przeciw influenzy, a w chorobach dzieci ma f. oddawać usługi znakomite przewyższając wszystkie inne środki, gdyż usuwa bóle i gorączkę, nie sprowadzając żadnych następstw niekorzystnych.

Autor w końcu wyraża zdziwienie, dlaczego środek ten tak małe znajduje zastosowanie, skoro stosowanie innych środków, jak n. p antipyryny, połączone jest z tyłu niebezpieczeństwami. (*Brit. med. Journal.* 1891.) *Dr. Beck.*

V. Szkoła i jéj wpływ przeważny na powstawanie i szerzenie się nagminnego zapalenia gruczołu zausznego.

Podał
Dr. Antoni Pietrzycki,
c. k. lekarz powiatowy w Brzesku.

W dniu 2 go b. m. miałem sposobność sprawdzić zapalenie gruczołu zausznego w gminie Strzelcach Małych, gdzie takowe już w d. 15/1 b. r. u kilkorga dzieci szkolnych się pojawiło było, w 10 dni później największe rozmiary przybrało (z 36 dzieci szkolnych zapadło na nie bowiem 26), a od téj chwili znów zwolna ustępować poczęło.

W dniu sprawdzenia słabości znalazłem jeszcze 8-ro dzieci, które w większym lub mniejszym stopniu okazywały obrzęk twarzy obustronny, przeważnie w okolicy kąta żuchwy rozwinięty, bolesny, otwieranie ust w rozmaitym stopniu utrudniający. Obrzęk ten do rozwoju swego wśród dreszczyków dość szybko przychodzący osiągał u dzieci, które do zdrowia już powróciły były, w 3. i 4. dniu szczyt rozwoju, następnie malał rychło tak, że w 8. a 9. dniu stan ten zazwyczaj powracał do prawidłowego.

Jeżeli niniejszy opis podaję do powszechnéj wiadomości, to czynię to ze względu, że szczególniejszem zdarzeniem słabość ta, która najpierw u dzieci szkolnych do rozwoju przyszła, w całym swym dalszym przebiegu również i to prawie wyłącznie tylko do dzieci szkolnych się ograniczała, a to nawet w takich domach, gdzie prócz 1-go lub 2-ga dzieci szkolnych jeszcze w téj saméj izbie kilkoro innych we wieku młodszym lub starszym się znajdowało, jak n. p. w domu Pawła Domagały (Nr. 29), Jana Oleksego (Nr. 26), Kazimierza Drapika i t. p.

Zwiedzona przezemnie szkoła ludowa, prywatna, przez nauczyciela prowizorycznie na takową z pomieszkania zamieniona, mieściła się w budynku dopiero w roku ubiegłym wystawionym i pod zimę wylepionym, na nasypisku krótko przed rozpoczęciem budowli usypanem, zaledwie kilkanaście ctm. wzniesionem. Wnętrze szkoły w stosunku do liczby zwiedzającéj je dziatwy szkolnéj zbyt szczupłe, przedstawiało wilgoć znaczną, która w formie kropli na drzwiach i na ścianach występowała. Strzelce Małe mają położenie niskie (leżą nad Wisłą) a odznaczają się w porze wilgotnéj błotami i utrudnionym, dla braku należytego pochylenia terenu, odpływem wody meteorycznéj. Okoliczność, że mimo ogólnych wielce wadliwych wpływów lokalnych słabość ta tylko u dzieci szkolnych przyszła do rozwoju i tu niemal wyłącznie (zanotowano tylko jedno 1½ roczne dziecko również zapaleniem gr. zausznego dotknięte) się utrzymywała i daléj rozwijała, wskazuje, że budynek szkolny był tem miejscem, które warunki sprzyjające rozwojowi téj słabości w najwyższym jeżeli nie wyłącznym stopniu wytworzyło i na powstanie epidemii główny wpływ miało.

Przed rokiem miałem sposobność sprawdzać i leczyć tę samą słabość w Wojniczu i Zamościu w miesiącu kwietniu a to u przeszło 90 dzieci. Wówczas znachodziło się pomiędzy niemi 25 takich, które wiek 10 lat już przekroczyły, a kilkoro nawet we wieku ponad lat 14, a więc w takim, w którym młodzież wiejska i małomiejska do szkoły już nie uczęszcza. Lecz i na odwrót obok dzieci szkolnych przeważnie zausznicą dotkniętych zauważyłem we wielu domach i takie dzieci tą słabością nawiedzone, które znachodząc się we wieku od 1½ r. do 5½ do szkoły jeszcze uczęszczać nie mogły. Przypisywanie przyczyny ówczesnéj słabości wyłącznie szkole i jéj wadliwym porą wilgotną potęgowanym wpływom nie miałoby należytéj podstawy, choć i w owéj epidemii ołówkiem w ręku przypadek za przypadkiem znacząc, przyszło się do przekonania, że stosunek dzieci szkolnych téj słabości uległych był znacznie przeważającym, bo się miał do przypadków innych chorobą tą nawiedzonych jak 5 : 2.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 lutego. Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 17 lutego odbytem 1) kol. Przewodniczący doniósł Towarzystwu, że a) obraz śp. Dra Marcinkowskiego, ofiarowany przez sekcyję lekarską Tow. przyj. nauk w Poznaniu z powodu 25-éj rocznicy istnienia Tow., został za zezwoleniem Wydziału lek. tymczasowo umieszczony w kancelaryi Dziekana; b) że komisyja budowy domu Tow. ukonstytuowała się, wybierając przewodniczącym kol. Marsa; c) że komitet rozpatruje sprawę zaprowadzenia Izb lekarskich i przedłoży wyniki swych obrad na nadzwyczajnem posiedzeniu.

2) kol. Browicz okazał preparaty mikroskopowe mózgu z przypadku złośliwéj malacyi, tudzież żołądek z nadzwyczajną rozstrzenią z powodu raka odźwiernika powstałą.

3) kol. Obaliński miał odczyt „o zapaleniu linii przyrostkowéj kości długich u dzieci“.

4) kol. Rydygier miał rzecz „o ranach przeponowych“, objaśniając przedmiot rysunkami i schematami.

5) Zapadła uchwała Towarzystwa w sprawie przesłania deklaracyi Towarzystwu lekarzy galic., odnoszącéj się do projektu zmienionego statutu tegoż Towarzystwa.

* W poniedziałek d. 22 lutego odbyła się w sali hotelu Saskiego kolacyja składkowa na cześć przeszłorocznego prezesa Tow. lek. krak. prof. Gluzińskiego, w któréj wzięło udział około 70 członków Towarzystwa bez różnicy wieku i stanowiska. Wśród żywéj pogadanki i licznych toastów bawiono się do północy, a do zabawy przyczynił się niemało śpiew kilku młodszych kolegów.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Włodzimierz Hanakowski z Rohatyna w Galicyi i Józef Selzer ze Lwowa.

* Wyszedł z druku zeszyt 8 *„Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“* pod redakcyją prof Dra Korczyńskiego i nosi tytuł „Nowsze sposoby leczenia krztuśca — napisał Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie. Zeszyt 9 zawierać będzie rozprawę Dra Leona Rosenbuscha „o nawykowem zaparciu żywota“, a zeszyt 10 rozprawę Dra Eugeniusza Borzęckiego „o rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki u mężczyzn ze stanowiska bakteryjologicznego“.

* Sekretarz główny I-go Zjazdu międzynarodowego ginekologów i położników zawiadamia nas, że belgijskie Towarzystwo ginekologiczno-położnicze zwołuje I Zjazd międzynarodowy ginekologów i położników, który w przyszłości ma się odbywać co 4 lata naprzemian w Belgii i Szwajcaryi. Zjazd I. odbędzie się w Brukseli w roku bieżącym od 14 do 19 września włącznie. Zgłoszenia przyjmuje Dr. Jacobs, sekretarz główny, w Brukseli (rue de Petits-Carmes 12) aż do 1 lipca b. r.

* W tygodniu 6-ym (od 7—13 lutego) było w Krakowie małżeństw 24, urodzeń 73, skonów 45, z tych z gruźlicy 12, z zapalenia płuc 8, z dławca i błonicy 5, z innych chorób zakaźnych 3, z odry 4, z płonicy 2.

* **Zmarli.** W Berlinie Dr. H. Rosenthal, przez lat 28 redaktor pisma *Allg. med. Centralzeitung*, licząc lat 58. — W Rostoku prof. fizyjologii i starszy radca lekarski Dr. Aubert, urodzony w r. 1826.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Medycynie* Nr. 3: Sprawozdanie roczne działalności lekarskiéj Zakładu ginekologicznego w Warszawie; Rybickiego: Kazuistyka sądowo lekarska (c. d.); Arnsteina: O upuście krwi ogólnym w praktyce włościańskiéj u nas i jego skuteczności. — W *Gazecie Lek.* Nr. 4: Puławskiego: Blednica z przebiegiem gorączkowym; Sokołowskiego: O stosunku wyrośli adenoidalnych jamy noso-gardzielowéj do t. zw. enuresis nocturna; Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.) — W *Nowinach lekarskich* Nr. 1: Korczyńskiego i Gluzińskiego: Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzusznym; Dunina: Przyczynek do leczenia blednicy; Wojciechowskiego: O kilku przypadkach choroby zakaźnéj Weila; Koehlera: Narzędzie do przebijania czyraków w zewn. przewodzie słuchowym; Chłapowskiego: O zielonym i modrym moczu. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 1: Zawadzkiego: Wymioty nerwowe i przyczynek do ich leczenia; Biegańskiego: O zakładaniu pracowni klinicznych mikroskop.- chem. przy szpitalach prowincyjonalnych. — W *Medycynie* Nr. 4: Sznabla: Uwagi nad zdrowotnością rasy semickiéj w Warszawie; Rybickiego: Kazuistyka sądowo-lekarska (dok.); Sprawozdanie roczne z działalności lek. zakładu ginekologicznego w Warszawie (dok.). — W *Gazecie Lek.* Nr. 5: Bądzyńskiego: O metodzie Sjöquista oznaczania kw. solnego w zawartości żołądka; Elsenberga: Choroba Raynauda pochodzenia syfilitycznego; Halperna: Rzadki przypadek zgorzeli powstałéj z eczema intertrigo; Herynga: Kilka uwag w obronie elektrolizy. — W *Medycynie* Nr. 5: Radziszewskiego: Bakteryjologiczne prace Cornila i Babesa na polu etyjologii zapaleń nerek; Fruchtmana: O przyrządach bezpośrednio zapobiegających zmazom nocnym; Bujasińskiego: Do dziejów morfinizmu. — W *Zdrowiu* Nr. 76: Polaka: Określenie hygijeny. — W *Gazecie Lek.* Nr. 6: Kosińskiego: Sporozoa w komórkach raka; Bądzyńskiego: O zwierciadle kadmowem, otrzymanem przy dochodzeniu rtęci; Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 6: Radziszewskiego: Bakteryjologiczne prace Cornila i Babesa na polu etyjologii zapaleń nerek (c. d.); Bujasińskiego: Kazuistyka lekarska. — W *Nowinach Lek.* Nr. 2: Mitvalskiego: O niektórych guzach oczodołowych: Korczyńskiego i Gluzińskiego: Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzusznym (dok.); Wojciechowskiego: O kilku przypadkach choroby zakaźnéj Weila; Dziembowskiego: Igła tkwiąca w osierdziu; Alkiewicza: Kw. solny przeciw wymiotom. — *Rozprawy z zakresu medycyny praktycznéj* zeszyt 7: Momidłowskiego: O istocie i leczeniu histeryi. — W *Gazecie Lek.* Nr. 7: Herynga: O łagodnych owrzodzeniach gardziela; Święteckiego: Przypadek tężyczki; Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.). — W *Medycynie* Nr 7: Radziszewskiego: Bakteryjologiczne prace Cornila i Babesa (dok.) — W *Gazecie Lek.* Nr. 8: Świąteckiego: Przypadek tężyczki (c. d.); Herynga: O łagodnych owrzodzeniach gardziela (dok.): Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.); Wizla: Przypadek bolenia przepuszczającego. W *Medycynie* Nr. 8: Guranowskiego O ciałach obcych w uchu; Radziszewskiego: Rana drążąca brzucha zadana rogiem; Bujasińskiego: Wstrząśnienie mózgu. — W *Kronice Lek.* Nr. 2: Goldflama: Dwa przypadki t. zw. myoclonus multiplex; Zawadzkiego: Wymioty nerwowe i przyczynek do ich leczenia (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 2 marca o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). Porządek dzienny: 1) kol. prof. Rydygier okaże przypadek chorobowy; 2) kol. A. Beck będzie mieć odczyt: „Uwagi o fizyjologii części lędźwiowéj rdzenia pacierzowego“ z demonstracyją; 3) Wnioski członków.

---

* **Sprostowanie.** W Nrze 8 Przegl. Lek. w artykule Dra Krówczyńskiego na str. 90 wiersz 8 od góry zamiast pewnym powinno być późnym i w szpalcie II w. 1 od góry zamiast przebył powinno być nabył.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 5 Marca 1892. Nr. 10.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza.

O pasorzycie zimnicy.

Studyjum kliniczno-etyjologiczne.

Podali

Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Stefan Blatteis.

Plasmodium malariae pod względem rozpoznawczym drogą drobnowidową ma daleko większe znaczenie niż prątek gruźliczy Kocha. O ile obecność tych prątków w wydzielinie świadczy o gruźlicy dotyczącego narządu, o tyle brak ich nie uprawnia nas do wykluczenia gruźlicy. Inaczéj rzecz się ma z *plasmodium malariae*. Tu ważność rozpoznawcza w kierunku ujemnym nie jest mniejszą od ważności w kierunku dodatnim. Jak bowiem wykrycie jednego tylko takiego pasorzyta (Golgi) w krwi stanowczo dowodzi zakażenia zimniczego, tak też brak tych pasorzytów w krwi badanéj pozwala nieomylnie zimnicę wykluczyć.

Powodem, że pasorzyt zimniczy, wykryty już w roku 1880 przez Laverana w Algierze, nie zdołał dotychczas tak jak Kocha prątek gruźliczy w kierunku praktycznym mikroskopowo-dyjagnostycznym wyrobić sobie takiego samego znaczenia, będzie ten, iż niektórzy autorowie za zdaniem Klebsa i Tommasi-Crudeliego upatrywali w laseczniku przez tychże znalezionym przyczynę zimnicy i podali w wątpliwość znczenie plasmodyjów.

Jeszcze w r. 1889 Chiavucci występuje w obronie lasecznika Tommasi-Crudeliego i chce uznać plasmodium zimnicze za formę degeneracyjną ciałka czerwonego krwi. Golgi w świetnéj pracy z tegoż roku zbija jego twierdzenia i stawia kwestyję plasmodium zimniczego na stanowisku dzisiejszego nań poglądu. Od czasu tego o prątku Klebsa i Tommasi-Crudeliego nic już nie słychać, a obfita ze wszystkich stron statystyka stwierdza plasmodyjalną przyrodę zimnicy.

Z dawniejszych autorów Laveran na 480 przypadków zimnicy w 432 znajduje plasmodium. Osler na 70 przypadków w 63. Councilman we wszystkich 80-ciu przypadkach wykazał plasmodium. Celli i Marchiafava na olbrzymiéj statystyce wyniki te stwierdzają. Ze setek badanych osób zimnicą nie zakażonych w żadnym przypadku *plasmodium* znaleść nie mogli. W ślad za nimi idzie liczny zastęp statystyczny. Autorom włoskim w tym rzędzie pierwsze się miejsce należy. Celli, Marchiafava, w kilku późniejszych pracach Golgi, Cattaneo, Guarnieri, Antolisei, Angelini, Birgnami i Bastianelli, Feletti i bardzo liczny zastęp innych badają pasorzyt zimnicy i do zgodnych z Laveranem (abstrahując od różnicy zapatrywania się na rozwój zimnicy) dochodzą wyników. Z badaczy francuskich Jaccoud, Vallin, Luset, Hallopeau mniéj lub więcéj obfitą statystyką zapisują się w literaturze *plasmodium.* Również niemieccy badacze, chociaż na mniejszym materyjale, do zgodnych wyników dochodzą. Quincke w 8 badanych przypadkach zimnicy we wszystkich pasorzyt ten znajduje. Plehn również je znajduje we wszystkich przypadkach badanych. Podobnie Rosin, Rosenbach w Wrocławiu, Brand w Hamburgu, Jaksch w Pradze, Paltauf we Wiedniu, Martin na Sumatrze, Schellong w kraju cesarza Wilhelma, Cooke w Massasuchets, Keefe w Bostonie, w Anglii Dock, Moore i inni, Sakcharow w Tyflisie, w Rosyi Miecznikow, Nikikorow, Chenciński, w Bośnii Karliński stwierdzają już to w wszystkich już to z małemi wyjątkami we wszystkich przypadkach *plasmodium.*

Zadalekoby nas zaprowadziło szczegółowe sprawozdanie z literatury, wyliczanie prac stwierdzających omawianą przyrodę zimnicy. Szczegółowy wykaz znajdzie czytelnik w wyczerpującym referacie Dra Barbacciego (*Centralblat für allg. Pathologie und path. Anatomie* 1892, Nr. 2). Wykaz literatury w tym referacie wylicza sto prac dotąd wydanych o przyrodzie zimnicy. Na sto prac ze wszystkich okolic świata niema prawie ani jednéj ze stron polskich. Niepojętą jest dla nas rzeczą, dlaczego Powiśle nasze tak

w przypadki zimnicy obfite nie zaznaczyło się dotychczas w szeregu statystycznym.

Praca niniejsza oparta na 8-mio miesięcznych obserwacyjach i badaniach lukę tę wypełnić w części usiłuje, mówimy w części, bo statystyka podana niezbyt jest liczną a powodem tego ta okoliczność, iż do statystyki wzięto li tylko przypadki wybitne, czyste, w których śledzionę powiększoną i macalną wykazano i stwierdzono napady zimnicy.

We wszystkich przypadkach z wyjątkiem trzech bez leczenia wypuszczonych zakażenie zimnicze także *ex juvantibus*, bo leczeniem chininą a w ostatnich czasach błękitem metylenu stwierdzono, a we większéj liczbie przypadków badanych gorączka charakterystycznie występująca sprawę zimniczą udowadniała.

Wykaz statystyczny poprzedzamy przedstawieniem obrazu morfologicznego i biologicznego pasorzyta zimniczego. Pasorzyt zimnicy w początkach do klasy *mycetozoa* zaliczony, fałszywie nazwą *plasmodium* obdarzonym został, należąc bowiem do *sporozoa* (tworzących z *infusoria* i *rhisopedes* najniższy rząd zwierzęcego szeregu) winno raczéj zwać się *Sporozoon malariae*. Przez wielu już autorów proponowaną była zmiana na *Sporozoon haematamoeba malariae* (Grassi, Feleti, zaliczają pasorzyt zimnicy do ameb), *Laverania* i inne. Jednak nazwa *plasmodium* tak się wżyła, że większość choć w całéj pełni niestosowność nazwy powyższéj uznaje, tą nazwą się posługuje. Z téj przyczyny czytelnik nam wybaczy, iż często nazwy *plasmodium* używać będziemy.

Obraz morfologiczny *plasmodium* podać jest rzeczą niepodobną. *Plasmodium* bowiem w człowieku przebywającego mamy więcéj gatunków, a jeden gatunek w ciągu swego rozwoju w rozmaitych porach często i równocześnie rozmaite przedstawia postacie.

Odróżniamy kilka odmian pasorzyta zimniczego, które ze względu na działanie na ustrój, na ich rozwój, i na różnice morfotyczne należy uważać za odrębne gatunki jednego rodzaju.

Celli odróżnia dwa główne rodzaje pasorzyta zimniczego: 1) Formę ameboidową i 2) Formę półksiężycową.

Feletti i Grassi odróżniają dwa gatunki (ameby):

1) *Haemamoeba* z trzema podgatunkami: α) *H. vivax*, β) *H. praecox*, γ) *H. malariae*,

2) *Genus Laverani* (forma półksiężycowa).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Anatomija i klinika białkomoczu w świetle nowoczesnéj patologii.

Na podstawie protokołów sekcyjnych kliniki uniwersyteckiéj w Berlinie.

Skreślił

M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Sąto ściśle odgraniczone krążki bł. śluzowéj, wywołujące za podrażnieniem bądź sztucznem, bądź wskutek zmian chorobowych odruchy zwrotne. U mężczyzn obręb nadczułości mieści się w okolicy krokowéj cewki przy otworach wywodów wytryskowych i w splotach nerwowych *caput gallinaginis*; u kobiet zaś *area sensitiva* ma siedlisko w błonie śluzowéj przedsionka, od łechtaczki aż do mięśnia opuszkojamistego i zdziergacza pochwy (w tym obrębie mieści się i otwór cewki).

Drażnienie tych odcinków czułych obrzękiem, nieżytem, guzami, pasorzytami, lub na drodze mechanicznéj (samogwałt), wywołać może na drodze zwrotnéj moczówkę, białkomocz itd., i to samo prawo przypuścić należy dla n. podbrzusznego, splotu sromnego, (wzgl. macicznego), dla splotu śledziony, splotu nasiennego i lędźwio-aort., wreszcie dla n. przeponowego i płuco-żołądkowego (*pneumogastr.* względnie *pl. solaris*).

Dotychczas opisane postacie białkomoczu odznaczają się obecnością białka w moczu, i, ponieważ co do innych danych nie odpowiadają temu pojęciu, jakie klinicznie z białkomoczem wiążemy, uważać je należy za białkomocz wrzekomy; bez obecności wałeczków, przybłonków, ciałek ropnych etc. nie mamy prawa rozpoznawać białkomoczu prawdziwego; wreszcie rozróżnić musimy jeszcze a) białkomocz ropny, (*Pyuria* Ultzmana) spostrzegany w *Pyelitis purulenta et gonorrhoica*, w ropniach okołonerkowych itd., przy których próba Donnégo ($^1/_3$ ługu potasowego na $^2/_3$ moczu przy lekkiem ogrzewaniu) wykazuje obecność wielkiéj ilości białkanu potasowego, cechującego omawianą formę białkomoczu.

b) *Peptonuria* i *propeptonuria* [1]). Tę postać spostrzegamy najczęściéj wobec obszernych zropieniach wypocin zapalnych, dalej w owrzodzeniach przewodu trzewowego i innych tamże sprawach, utrudniających wytwarzanie się peptonu z pokarmów, i dalszych produktów z już nagromadzonego peptonu. Tu należą też cierpienia wątroby, gdyż jednem z jéj zadań jest przerabianie peptonu, i wydalanie jego zbytku z ustroju; wreszcie brzemienność z obumarłym płodem i *puerperium* należą do przyczyn peptonuryi.

Dotychczas stanowczo orzeczonem nie zostało, czy w peptonuryi zawsze jednocześnie ma istnieć *peptonaemia*; to tylko jest obecnie pewnem (wykazał Fürbringer), iż pepton wytworzyć się może w saméj nerce.

c) *Propeptonurję* znajdowano w gorączkach zakaźnych, np. w odrze, ropniach wątroby, porażeniach pęcherza moczowego i jego nieżytach; w *Chyluria* i *Osteomalacia;* wreszcie w różnych psychozach i połowiczem porażeniu ośrodkowego pochodzenia. Według Fürbringera *Propeptonuria* często towarzyszy, ale częściej jeszcze poprzedza białkomocz, co nie jest bez znaczenia w jéj rozpoznawaniu.

Peptonuria nie należy do częstych postaci chorobowych, a uwzględniłem ją dla tego, iż w niej zjawia się w moczu białko, którego przez ogrzewanie osadzić nie jesteśmy w stanie.

Nim przejdziemy do opisania białkomoczu prawdziwego, należy nam nadmienić, iż dotychczasowe pojęcie o nim streścić można w sposób następujący: białko surowicze *(serumalbumin)* i globulina wskutek zmian zachodzących w ustroju przechodzą w białkany łatwo krzepnące, i w tym stanie przechodzą do moczu. Stosunek wzajemny powyższych dwóch ciał jest zmienny, i zależy od zdolności ich przesiąkania, od budowy tkanek i od ilości wprowadzonych do ustroju pierwiastków odżywczych. A więc u spożywających duże ilości mięsa przeważa *serumalbumen*, u głodzących się globulina. Stosunek ten zależnym jest również od większego lub mniejszego udziału nabłonka

[1]) Białko określałem metodą Nenckiego *(Zersetzung d. Eiweiss. Bern. 1886.*

nerkowego, tj. im większym jest jego udział w sprawie, tem więcéj odchodzi globuliny.

Prócz wspomnianych rzadziéj znajdujemy inne odmiany białka, również nabierające własności krzepnięcia, ale grają one (*Hyalinuria*) drugorzędną rolę, gdyż w obecnym stanie nauki trudno rozstrzygnąć, czy nie tworzą się one z białka surowiczego lub globuliny wskutek nieznanych wpływów już w chwili przesiąkania moczu z istoty nerek do miedniczki.

Mało również zbadanemi zostały wałeczki szkliste, pod względem ich własności chemicznych i pochodzenia; niepodobna ich uważać za zwykłe białko ścięte i prawdopodobnem jest przypuszczenie Recklinghausena, że pochodzą one od ciałek nabłonkowych, gdyż często udawało mi się w nabłonkach, w stanie ich obrzęku, rozpoznać przyszłe cylindry, przeistaczające się na drodze powolnego zwyrodnienia.

Białkomocz prawdziwy powstaje najczęściéj na tle zmian ustrojowych nerki, wpływów termiczno chemicznych (np. otrucia) i spraw zakaźnych, (drobnostrojami i ich produktami), wreszcie zmian organicznych krwi (*Anaemia, leucaemia, diabetes, icterus* etc); rozumie się, iż liczne tu istnieć mogą poddziały, ale ich tu bliżéj uwzględniać nie będę, i przejdę do opisania każdego z powyższych działów.

Białkomocz zależny od zmian organicznych nerki (*Albuminuria nephrogenes*) polega, tak jak i inne postacie, na zmianie siły krzepnięcia białka surowiczego i globuliny wskutek zmian w nabłonku nerkowym. Oddział ten mieści w sobie większą połowę cierpień, znanych pod nazwą choroby Brighta, i opisanych przez Aufrechta jako „*Nephritis diffusa acuta*“. Sprawie téj towarzyszy zwykle skąpy, ciemny mocz, o dość wysokim ciężarze g. i licznych wałeczkach, obrzęki podskórne i surowicze, najczęściéj jednak bez przerostu serca i zmian w siatkówce oka.

Przytoczę tu odnośne daty kazuistyczne: (z protokołów sekcyjnych prof. Waldeyera). Objętość przeciętna nerek powiększona; zabarwienie przeważnie jaśniejsze; obiedwie istoty zgrubiałe; piramidy Bertiniego nader uwydatnione i zaczerwienione w obec blado mlecznéj istoty korowéj, konsystencyja miękka.

Zmiany drobnowidowe przeciętne (przeszło 40 preparatów). Nagromadzenie białych ciałek krwi w kłębkach (rzadziéj nagromadzenie kropelek tłuszczowych); nabłonek woreczków w stanie nacieku. *Capsulae Malpighii* zgrubiałe, leżą w masie naciekowéj. *Tubuli contorti* wypełnione i rozdęte od białych ciałek a ich nabłonek na drodze do zwyrodnienia tłuszczowego; *tunica propria* kanalików o budowie niewyraźnéj.

Przestrzenie łączno-tkankowe znacznie powiększone i wypchane drobnokomórkowym naciekiem, złożonym z komórek wrzecionowatych, powoli wypełniają się tłuszczowemi ciałkami.

W 4% przypadków znajdujemy drobne zawały, kanaliki wypełnione krwią (*Nephr. haemorrhagica*).

Gdy sprawa przechodzi w okres polyuryi (3000—3700 c. sz. moczu) najczęściéj znajdujemy już prócz puchliny zmiany siatkówki i przerost serca. 34 protokołów sekcyjnych dało przeciętnie następujący obraz zmian anatomicznych: Nerki przeważnie z wgłębieniami, zbliżone do zesznurowanych (*Schrumpfniere*), objętość przeważnie zwiększona; zabarwienie jasne, gdzieniegdzie ciemne prążki; gwiazdki Verheyna uwydatnione, torebka tak łatwo jak w powyższych postaciach się nie zdziera.

Zmiany drobnowidowe (12 preparatów) *Glomeruli* silnie nacieczone; niektóre z nich już w stanie zwyrodnienia włóknistego, pokryte nitkami tkanki łącznéj, tworzącemi siatkę, wśród któréj kłębki ulegają naciekowi; w 3% kłębki w stanie zaniku (*Druckatrophie*). Ani śladu zwyrodnienia tłuszczowego.

Capsulae znacznie zgrubiałe na całéj przestrzeni, również wskutek ucisku, wywartego tk. łączną; kanaliki (*tubuli contorti*) rozdęte i próżne. Nabłonek ich obrzękły, jakby uciśnięty, czasami w stanie nacieku drobno ziarnistego.

Przy téj postaci zmiany w kanalikach są prawie równomiernie z natężeniem sprawy w naczyńkach włosowatych i z natężeniem przerostu łączno-tkankowego, którego wynikiem może być zanik kłębków; ciałka tkanki łącznéj rozwijać się tu mają z bezbarwnych ciałek krwi. Otoczka torebki powoli zlewać się zaczyna z kłębkiem, jako pierwiastki jednoimienne; Ballet (*Contribution à l'etude du rein* etc. 1881) bowiem twierdzi, iż tak nabłonek otoczki, jako też kłębka powstają ze śródbłonka (*endothelium*). Rzadziéj daleko ma tu miejsce zanik z powodu zgorzeli koagulacyjnéj, wywołującéj nagłe krzepnięcie przybłonków (*infiltration opaline.*) a to na drodze ucisku i zamknięcia światła (*obliteratio*) naczyniek, a względnie zgorzeli.

Zupełnie inaczéj przedstawiają się zmiany w t. zw. nerce ziarnistéj Charcota:

Przeciętne daty z 23 protokołów sekcyjnych: objętość zwykle mniejsza, otoczka pokryta tłuszczem, barwa na przekroju czerwona, istota mózgowa ścieńczona, odporność elastyczna, utrata gładkości na powierzchni. W. *subst. corticalis* piramidy tracą swe systematyczne ułożenie.

Zmiany drobnowidowe (8 preparatów): Glomeruli w stanie nacieku i widocznego zaniku otoczone nowopowstałą siatką tk. łącznéj, która z takąż siecią otoczek i przestrzeni międzytorebkowych w ścisłym jest związku tak, iż kontury kłębków i torebek powoli się zacierają, a samo zwyrodnienie staje się prawie bliznowatem.

Zmiany takie znajdujemy stale w nerce po chronicznem otruciu ołowiem, sprawach artrytycznych i miażdżycowych, którym przeważnie towarzyszą wysięki surowicze i przerost mięśnia sercowego.

Browicz słusznie zwrócił uwagę na pilniejsze śledzenie naczyniek włosowatych, które podlegają często zanikowi.

Naczyńka włosowate według Browicza podlegają jakby zwyrodnieniu mączkowatemu, jakkolwiek roczyn Lugola i SO_4H_2 nie dają wyraźnego odczynu. Nabłonek kłębków ma podlegać zwyrodnieniu tłuszczowemu. Otoczki torebek podlegają przerostowi tk. łącznéj i zlewają się z przestrzeniami międzytorebkowemi a nabłonek tychże torebek podlega złuszczeniu lub rozpadowi wskutek zgorzeli uciskowéj.

Ewald (*Virch. Arch.* 1877 i 1879) badał około 30 nerek, i znalazł w naczyniach przerost *tunicae adventitiae*, która się ma zlewać z sąsiednią tk. łączną. *Tunica intima* również się ma rozrastać z komórek wrzecionowatych śródbłonka i sieci łącznotkankowéj. Zmiany w kanalikach w nerce ziarnistéj polegają na ich rozszerzeniu, i nacieczeniu ich nabłonka. Komórki *tunicae propriae*, często

dużem jądrem opatrzone, są zmętniałe i opalizują. *Tubuli contorti* oddzielają się od labiryntu i leżą bezładnie wśród sieci tkanki łącznéj.

Obrzut (*Sur l'origine des produits inflam. dans le parenchyme rénale etc. Arch. de med. exper.* I, 3. p. 421, 1889) twierdzi, iż wszystkie zmiany zapalne nerek zaczynają się od narządu naczyniowego, a zmiany miąższowe, względnie i nabłonka, są wtórnego pochodzenia. Zródłem produktów zapalnych, nie wyłączając i tk. łącznéj i wałeczków, jest krew, a więc czerwone i białe jéj ciałka. Zesumowawszy wszystko co wyżéj powiedziano o białkomoczu powstałym na tle zmian organicznych w nerkach, dojść łatwo możemy do następujących wyników. Zmiany w składnikach nerki, które wywołują krzepnięcie białka surowiczego i globuliny, jako też łatwiejsze przechodzenie ciałek krwi z naczyń do istoty kanalików są następujące: 1° obrzęk, resp. rozpad nabłonka (rzadziéj rozmnażanie się tegoż) 2° proliferacyja nabłonka w ścianach naczyń; 3° naciek w tkance łącznéj i jéj rozrost względnie ucisk przez nią wywarty; 4° zwyrodnienie lub zanik pierwiastków kłębka.

W sprawie biorą udział przedewszystkiem naczyńka włosowate; produktów zapalnych i przerostowych dostarcza krew; plasma stosownie do swéj ilości lub składu powiększa ilość białka, a ciałka krwi dostarczają elementów organizowanych; składniki nerki mają rolę bierną, a zmiany w nich są wtórnego pochodzenia.

Białkomocz zależny od zakażeń (*Alb. infectiosa*) i zmian w organizacyi krwi (*Alb. haematogenes*). W znaczeniu dawnych patologów, tj. polegająca na zmianie chemicznéj lub organicznéj składników krwi, nadewszystko białka, które staje się zdolnem do przesączania się z moczem, ta odmiana białkomoczu ostać się nie mogła. Jakkolwiek więc straciła ona prawo bytu w obec postępów nowoczesnéj patologii, jednakże i w ostatnich czasach nie brakło jéj popleczników, np. Semmoli. (*Schmidts Jahrbücher* CCXX p. 13). Wszyscy zgadzamy się jednak na to, iż pod wpływem zarazków powstać może choroba Brighta, a samych zarazków dostarcza do nerek krew. Wyjątek stanowić mogą tylko pewne stany, zbliżone do normalnych, np. przy zbytku mocznika lub soli, nadmiaru ciał białkowatych we krwi (po obfitych ucztach); wtedy kanaliki moczowe pobudzone zostają do silniejszéj pracy, i tylko z powodu znacznie powiększonéj ilości moczu białkomocz zamaskowanym zostaje. Niech tylko dalsza dostawa białka przekroczy możliwą normę, przy zbyt jednostajnym pokarmie, lub pokarmach drażniących, które oddziaływać mogą na trzewa w ten sam sposób, jak w pokrzywce na skórę, to łacno alb. fizyjologiczna przejdzie w *Alb. haematogenes*. Tę jéj odmianę, w któréj chodzi o zrównoważenie zbytnio we krwi nagromadzonych produktów białka, Rosenbach opisał pod nazwą białkomoczu regulującego. (*Alb. regulatoria*).

Patogeneza omawianéj postaci jest ciemną i przeważnie opartą na przypuszczeniach. Doświadczenia na zwierzętach wykonane przez Browicza (kantarydyna), Kobierskego (kw. chromowy), Charcota (preparaty ołowiu), Aufrechta i Germonta (podwiązanie moczowodów) i innych autorów nie doprowadziły do żadnych pewnych wyników, gdyż okazało się prawie niemożliwem wywołanie zmian krwi bez zmian w nerkach. Jedno tylko jest pewnem, że jeżeli we krwi znajdą się rozpuszczone białkany, nie będące zwykłym jéj składnikiem, to wydzielić się muszą prędzéj lub późniéj z moczem, odpowiednio do ich zdolności przesiąkania i wzajemnéj siły dyfuzyjnéj płynów; a więc mowa tu być może tylko o peptonuryi. Aby zaś zwykłe białko krwi wydzielać się miało z nerek, wskutek zmian i chorób krwi, dotychczas jest wątpliwem, gdyż do tego potrzeba zboczeń w ogólnem odżywianiu i zamianie pierwiastków z jednéj, a zmian w kanalikach nerkowych, w transsudacyi i naczyńkach z drugiéj strony, aby tym sposobem umożliwić przesączanie się białka do moczu. Jedynym z czynników, który powyższym odpowiada warunkom, są sprawy zakaźne, i dla tego uważam za właściwe zastanowić się szczegółowiéj nad zmianami anatomicznemi, przez sprawy te wywołanemi.

Zmiany anatomiczne wywołane drobnoustrojami (przeważnie streptokokami); 14 protokołów sekcyjnych. Objętość nerki powiększona, konsystencyja krucha, barwa szarawa. Między obydwiema istotami granice zatarte, tak, iż tworzą one jedno szare tło, na którem gdzieniegdzie widać ciemniejsze krążki.

W 3-ch przypadkach (z 14 u) liczne wynaczynienia nieregularnéj postaci w istocie korowéj.

Zmiany drobnowidowe, w obydwóch nerkach: *Tubuli recti et contorti* wypełnione po części masą szklistą, po części drobnoustrojami. Glomeruli wypchane masą drobnoziarnistą złożoną ze streptokoków. Te ostatnie ułożone albo w postaci kulistéj, albo rzędami, wreszcie łańcuchami. Sadowią się też w torebce Bowmana i na zewnętrznéj powierzchni kłębkowych naczyń. *Capsulae* zawierają masę okrągłych komórek. *Vasa capillaria* zajętych sprawą odcinków silnie nastrzyknięte.

Niektóre kanaliki tak silnie są wypełnione drobnoustrojami, iż są jakby wypchane i robaczkowato zgięte, a ich nabłonek w stanie nekrozy.

Mamy więc w powyższych przypadkach do czynienia z infekcyją nerki, wywołaną mikrokokami, a zlokalizowaną w kłębkach. Że mikroby doszły do nerki z krwią, dowodzi tego wspólne porażenie obydwóch nerek, a przedewszystkiem powierzchownych ich warstw, które naprzód z krwią się zetknęły, nie tak jak to bywa w *Endocarditis ulcerosa*, w któréj mikroby ważną odgrywają rolę dopiero po silnem rozmnożeniu się we krwi. O udziale naczyń limfatycznych nic tu pewnego powiedzieć się nie da, zdaje się jednak, iż udział ich w omawianéj sprawie i rola ich jako gruntu odżywczego dla mikrobów jest wątpliwą (*Pasteur*).

Postać omawiana, o czem wyżéj wzmiankowaliśmy, najczęściéj towarzyszy sprawom zakaźnym. Rozróżnić więc należy: białkomocz w durze powrotnym (*Alb. recurrentis*), w płonicy (*Alb. scarlatinae*), ropnicy (*Alb. septica*), gorączce połogowéj (*Alb. puerperalis*), durze brzusznym i wysypkowym etc. Tu zastrzedz należy, że nie jest koniecznym udział sprawy zapalnéj w nerkach; choćby istniał obrzęk i nacieki w tk. łącznéj i zmętnienie nabłonków, nie upoważnia nas to jednak do rozpoznania choroby Brighta. Cylindry, białko, przybłonki, znajdowane w moczu za życia, mogą dać nam prawo do przypuszczeń, ale nie dają nam pewności, dopóki w osadzie moczowym nie znajdziemy białych ciałek krwi, których, jak to zobaczymy, w przebiegu chorób zakaźnych, najczęściéj brakuje.

Zmiany anatomiczne drobnowidowe w *Alb. infectiosa* (30 preparat.) Tubuli wypełnione masą szkli-

stą, nabłonek w stanie proliferacyi, naczyńka krwionośne większe w stanie silnego przekrwienia, a włoskowate wypełnione białemi ciałami krwi; w niektórych miejscach drobne rozgałęzienia naczyniowe, literalnie zapchane masami drobnoustrojowemi (przeważnie prątkami durowemi). Wynaczynienia stanowią ledwie 2%, i to zawsze w durze powrotnym. Glomeruli w stanie nacieku licznemi ziarnami, a ich nabłonek złuszczony (*desquammatio*). W przestrzeniach międzykomórkowych liczne drobnoustrojowe masy. W niektórych cięższych postaciach drobnoustroje wypełniają nie tylko torebki, ale i naczyńka większego kalibru, tworząc zatory (*embol. infectiosa*) często obok wynaczynień. Kłębki w wielu preparatach obrzękłe, nabłonek kanalików zgiętych silnie zmętniały, tak iż jąder żadnym odczynem wykryć nie można. W rozepchanych kanalikach leżą zamiast komórek bezforemne kawałki protoplasmy. W nerce szkarlatynowéj naczyńka krwionośne trudno dostrzegalne, w skutek silnego nacieku, światło ich wypełnione jest ciałkami krwi.

Widzimy z powyższych poszukiwań, iż komórki ropne bardzo rzadko gromadzą się w nerce zakaźnéj; najczęściéj jeszcze podobny objaw znajdujemy w nerce płonicowéj, choć Leyden i Wagner (*Deutsch. Arch. f. kl. M. Bd.* 25, 1880, znajdowali go w nerkach durowych; a Wagner opisał nawet takie zapalenia pod nazwą *Nephr. lymphomatosa*; stanowczo jednak jestem zdania, iż nie były to zapalenia, lecz drobne ropnie, a dla klinicysty rozróżnienie tych dwóch postaci jest niezmiernie ważnem.

W nerce płonicowéj rzeczywiście wykazano zmiany, przemawiające za sprawą zapalną. Ribbet (*Nephr. et Album.* 1881) znajdował masę ciał ropnych, otaczających ciałka nabłonkowe, lecz wyświetlił, iż nie mają one żadnego związku ze ścianami naczyń włoskowatych i zdolnością nabłonka takowych do proliferacyi jąder i komórek, jak to ma miejsce w kanalikach moczowych. Blanc (*Lyon Med.* XXI. 38 p. 122, 1889), a potem Bassi (*Arch. ital. dei clin. med.* XXIII p. 316, 1889) spostrzegali również masy ciałek ropnych między kłębkami a torebką, i dowiedli, iż powstały one ze złuszczonego nabłonka pierwszych, który nagromadza się tu w kierunku wyjścia kanalików moczowych, podlega uciskowi; w tych miejscach, gdzie nabłonek został zniszczonym, sprawa naciekowa wzmaga się i jeśli kanaliki na całéj przestrzeni nerki mniéj lub więcéj równomiernie porażonemi zostały, to naciek będzie rozlanym, w przeciwnym zaś razie skupia on się w jednem przeważnie miejscu, w którem nagromadza się taka masa nacieku, że oczekiwaćby należało obecności ropnia.

Jakkolwiek leukocytoza i sprawy ropne, względnie zapalne, małą odgrywają rolę w białkomoczu zakaźnym, niemniéj jednak zmiany anatomiczne w nerkach dochodzą do wysokiego stopnia. Wkroczenie drobnoustrojów wywołuje rozpad nietylko ciałek nabłonkowych, ale istną zgorzel (*necrobiosis*) całych tkanek, obok zatorów i wybroczyn zakaźnego pochodzenia (*embolia infectiosa*), mimo to jednak brakuje tu cech zapalnych, które za cechę charakterystyczną choroby Brighta uważać przywykliśmy. Choroby zakaźne, z małym wyjątkiem, wywołują więc nie chorobę Brighta, lecz większe lub mniejsze zboczenie w obrocie krwi i odżywianiu nabłonka nerkowego, a względnie białkomocz, występujący okresowo i razem z innemi objawami, uiknący wraz ze sprawą zakaźną. (C. d. n.)

III. O plombowaniu zębów obumarłych.

Napisał

Dr. K. Szymkiewicz,

dentysta w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9.)

Zabieg ten bez względu na lokalizacyję ubytku jest stosunkowo łatwy w zębach przednich jednokorzeniowych, również i w zębach dalszych tak dwuguzikowych jak i trzonowych nie sprawia wielkich trudności, jeżeli jama próchnicowa zajmuje powierzchnię żucia lub ścianę dośrodkową, zkąd nawet przy sprzyjających okolicznościach w pojedyncze korzenie dostać się można. Jeżeli zaś jama wychodzi ze ściany odśrodkowéj zębów trzonowych, natenczas o takiem wypłukaniu pojedynczych kanałów mowy być nie może i trzeba się ograniczyć tylko do kilkakrotnego przestrzykania płynem przeciwgnilnym całéj jamy. W tym celu używam zwykłéj strzykawki dentystycznéj z zakrzywioną kaniulą, któréj koniec aż do ujścia kanałów korzeniowych zbliżyć się daje. Nadmiar płynu wyciągam wacikami, ale nie aż do zupełnego osuszenia, owszem pewna jego ilość powinna wypełniać kanały korzeniowe i ściany jamy utrzymywać w stanie wilgotnym. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że pod wpływem silnego ciśnienia, jakiego przy przestrzykiwaniu używam, płyn przeciwgnilny wtłoczonym zostanie aż do samych kanałów, daléj, iż prawem włoskowatości dostanie się w głębsze jego części aż do samego szczytu i przesiąknie istoty gnilne. Przypuszczenie to nabierze tem większego prawdopodobieństwa, jeżeli się wspomniany zabieg wykona powtórnie po dokładnem wyparowaniu cieczy pozostałéj po pierwszem przestrzykaniu. Wyparowanie to aż do zupełnego osuszenia pola operacyjnego przeprowadzam za pomocą miękkiego baloniku gutaperkowego z trestką metalową, jakiego zwykle w dentystyce się używa do wydmuchania trocin zębowiny z jamy próchnicowéj. Trzymając trestkę tego przyrządu nad płomieniem lampki wyskokowéj dopóki się do czerwoności nie rozgrzeje, a równocześnie ugniatając kilkakrotnie balonik tak, aby wciągane przezeń powietrze w płomieniu się ogrzało, można do tego doprowadzić, iż powietrze przez zgniatanie balonika następnie wydmuchiwane posiada ciepłotę dochodzącą 60° C. a równocześnie jest tak suche, iż na szkle zimnem powłoczki pary wodnéj nie zostawia. Przygotowawszy w ten sposób balonik, wprowadzam natychmiast rozgrzaną trestkę jaknajgłębiéj w jamę próchnicową i wdmuchuję tamże jego zawartość tak długo, dopóki ściany dokładnie wysuszone nie zostaną, a tem samem dopóki także treść kanałów korzeniowych nie wyschnie. Gdy to nastąpi, przestrzykuję znowu pole operacyjne rozczynem przeciwgnilnym i znowu wysuszam, powtarzając ten zabieg tyle razy, ile potrzeba, aby powietrze z jamy próchnicowéj wracające ani śladu woni gnilnéj nie posiadało.

Niekiedy, jeżeli np. udało się igłą nerwową cały rdzeń zębowy w postaci nitki z kanału korzeniowego wydobyć, plombuję jamę w tem samem posiedzeniu na stałe, zabezpieczywszy pastą przeciwgnilną[1]) korzenie. Ponieważ jednak

[1]) Główne składniki pasty, któréj do wypełniania korzeni używam, są: tymol, kw. karbolowy i jodek potasu z domieszką małéj ilości morfiny.

wyjątkowo tylko udaje się takie doszczętne wydobycie rdzenia, a przynajmniéj rzadko można mieć pod tym względem zupełną pewność, przeto dla kontroli wprowadzam do kanału (wzgl. kanałów) nitki waty napojone zgęszczonym kwasem karbolowym i to owijając watą aseptyczną cieniutki drucik stalowy i nurzając ją w świeżo nad płomieniem lampki wyskokowéj roztopionym krystalicznym kwasie karbolowym. Jeśli drucik był gładki, można go z łatwością wysunąć a wata pozostaje na przeznaczonem miejscu. Opatrunku tego nie wciskam zbyt głęboko, aby nie wepchnąć przez otwór końcowy korzenia części gnilnych pulpy lub zgęszczonego kw. karbolowego z waty, w jednym i drugim razie bowiem mogłoby się rozwinąć zapalenie okostny przez jéj zadrażnienie. Po 24 godzinach opatrunek wyjmuję i jeżeli wata nie ma gnilnéj woni plombuję ząb na drugiem posiedzeniu, powtórzywszy jeszcze raz sterylizacyję kanałów wyżéj omówionym sposobem; w przeciwnym razie powtarzam te zabiegi przez kilka posiedzeń dopóty, dopóki wata po 24 godzinach nie jest zupełnie bezwonną, co zauważyć można zazwyczaj w trzecim a najpóźniéj w czwartym dniu.

Środek przeciwgnilny, jakiego przy tem postępowaniu używam, jest to roczczyn wodny kreoliny, świeżo przygotowany w takiem zgęszczeniu, aby płyn miał słabo mleczne zabarwienie. Kreolina, mająca własność silnego odrażania, w tem zgęszczeniu nie jest trucizną, nie działa na błonę śluzową żrąco, więc też dostawszy się do jamy ust nie sprawia przykrego uczucia palenia, a nawet połknięta nie wywołuje żadnych niebezpiecznych następstw. Sublimatu, który jest silniejszym środkiem przeciwgnilnym, nie używam, bojąc się zatrucia przez przypadkowe połknięcie leku, również z tego powodu, iż zębowina, jak wyżéj powiedziano, pod wpływem tego środka przyjmuje ciemne, prawie czarne zabarwienie. Jeżeli zaś warunki na to pozwalają, aby w każdem posiedzeniu założyć na ząb gumę, ochraniającą sąsiednie części od zetknięcia się z lekiem, wówczas używam do przestrzykiwania 5% kwasu karbolowego, który po serwetce gumowéj spływa do zawieszonéj pod brodą torebki nieprzemakalnéj i zupełnie z błoną śluzową jamy ust się nie styka.

Przy omówionéj metodzie działanie desinfekcyjne roczczynów przeciwgnilnych spotęgowane zostaje wpływem, jaki wywiera gorące a suche powietrze z jednéj strony na ściany, z drugiéj na zawartość kanałów korzeniowych. Wiadomą jest rzeczą, iż do kanałów korzeniowych otwierają się wolno kanaliki zębowinowe, które w zębowinie promienisto ku zewnątrz się rozchodzą i mieszczą w sobie włókna zębowinowe, t. j. wypustki komórek umieszczonych na powierzchni rdzenia zębowego, t. zw. komórek zębowinotwórczych (*Odontoblasten*). Jeżeli więc proces gnilny zajął rdzeń zębowy, a tem samem i wspomniane komórki, to musiał on także rozszerzyć się i na włókna zębowinowe, czyli kanaliki zębowe musiały przesiąknąć produktami gnilnemi rdzenia. Że tak jest w istocie, świadczy odbarwienie ścian zębowych oraz badania drobnowidowe Millera[1]) wykazujące, iż w kanalikach zębowiny sprawą próchnicową zajętéj, niekiedy kilkakrotnie rozszerzonych, znajdują się liczne kolonije grzybków, które zapuszczają się nawet w zębowinę wzgl. zdrową, t. j. nie okazującą powierzchownie żadnych objawów próchnicy.

Powietrze gorące, które się wdmuchuje w kanał korzenia zębowego, działa susząco na jego ściany, chociażby tylko w powierzchownych warstwach, przez co istota podstawowa zębowiny się ściąga, gdy równocześnie kanaliki téj istoty zostają rozszerzone, a treść ich się kurczy, utraciwszy części płynne przez wyparowanie. Przez takie rozszerzenie kanalików zębowinowych z jednéj a zmniejszenie objętości włókien zębowinowych z drugiéj strony powstaje przestrzeń, w którą prawem włoskowatości i pod naciskiem tłoka strzykawki dostaje się płyn, przeznaczony do zniszczenia drobnoustrojów. Jeżeli się obydwa te działające czynniki, t. j. wdmuchiwanie gorącego powietrza i wstrzykiwanie płynu przeciwgnilnego kilkakrotnie zastosuje, to musi się osiągnąć dokładne wyjałowienie ścian produktami gnilnemi pierwotnie nasiąkniętych, a tem samem wstrzymać rozkład próchnicowy w zębowinie. Tyczy się to zwłaszcza zębowiny korzeniowéj, któréj drogą mechaniczną na odpowiedniéj przestrzeni oczyścić nie można. Wpływ omówionych zabiegów musi się uwydatnić również i w treści samego kanału korzeniowego, któréj nie można było mechanicznie usunąć, to jest w częściach szczytowych; pod działaniem bowiem gorącego powietrza wysycha tamże rdzeń zębowy, a przez wstrzyknięcie roczczynu desinfekcyjnego nasiąka znowu ale płynem gubiącym drobnoustroje i wstrzymującym fermentacyję gnilną. Można przeto z wielkiem prawdopodobieństwem twierdzić, iż w stanie rozkładu znajdujący się pierwotnie rdzeń zębowy traci przez kilkakrotne powtórzenie tego zabiegu zdolność do dalszego gnicia, a tem samem obecność jego w szczytowych częściach korzenia po zaplombowaniu jamy nie będzie wywierać szkodliwych następstw dla otaczających tkanek, przedewszystkiem dla okostny.

Nie należy również pominąć milczeniem wpływu, jaki wśród tych warunków ulatniająca się para wodna wywiera na istoty organiczne gnijące, a chociaż wpływ ten jest z powodu nizkiéj ciepłoty pary stosunkowo mały, to jednak dodatniego znaczenia odmówić mu nie można. Wprawdzie babadania Kocha i Wolffhügla[1]) wykazały, iż zarodniki niektórych drobnoustrojów chorobotwórczych giną pod wpływem suchego powietrza, mającego jednak bardzo wysoką temperaturę (140° C.) i przy jego działaniu najmniéj trzygodzinnem, zaś gorąca para wodna czyni to daleko prędzéj i w niższéj ciepłocie (Koch, Gaffky i Löffler[2])), przecież z powodu mniejszéj odporności bakteryj rozwijających się w próchnicy zębów i bakteryj gnilnych rdzenia zębowego ciepłota około 60° C. do ich wygubienia chociaż częściowo musi się przyczyniać. Również badania Hueppego[3]) wykazały, iż fermenty w stanie suchym pod wpływem gorąca nie tak pewnie ulegają zniszczeniu, jak wtedy, skoro poprzednio zwilżone zostały. Dodać wreszcie potrzeba, iż drobnoustroje chorobotwórcze wogóle najlepiéj rozwijają się w ciepłocie między 25 a 40° C., te zaś, które się gnieżdżą w jamie ust w ciepłocie 37—38° C., podczas gdy ciepłoty wyższe (nad 40° C.) tamują częściowo lub całkowicie powstrzymują ich rozwój.[4])

Pytanie jednak zachodzi, czy prąd gorącego powietrza i płyn przeciwgnilny nie dostaną się także poza granice korzenia i nie sprowadzą zadrażnienia okostnéj, tembardziéj, iż ujście końcowe jego kanału przez wyschnięcie resztek

[1]) *Die Mikroorganismen d. Mundhöhle*, 1889.

[1]) *Untersuchungen über die Desinfection mit heisser Luft. Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte*, Tom I. 1881. — [2]) *Versuche über die Verwerthbarkeit heisser Wasserdämpfe zu Desinfectionszwecken. Mittheilungen a. d. kais. Gesundh.* Tom I. 1881. — [3]) *Ueber das Verhalten ungeformter Fermente gegen hohe Temperaturen. Mitth a. d. kais. G.* Tom I, 1881. — [4]) Miller l. c.

rdzenia stoi otworem. Możliwem by to było w tym razie, gdyby na te resztki pulpy działało tylko samo gorące powietrze, którego prąd mógłby wydostające się gazy gnilne przez końcowy otworek korzenia przecisnąć, jeżeli jednak poprzednio zastrzyknie się płyn desinfekcyjny, który przesiąknie owe istoty gnilne a następnie dopiero zadziała gorącem powietrzem, wówczas para wydostanie się tam, gdzie ma swobodniejszą drogę, t. j. na zewnątrz, podczas gdy reszta płynu w postaci czopa zatka końcowe ujście kanału. Chociażby nawet teraz pewna część pary pod wpływem silnego prądu powietrza dostała się do okostny, to przecież nie będzie ona już wywierała tak szkodliwego wpływu, jak poprzednio przy działaniu gazów gnilnych rdzenia.

O korzystnych wynikach przy zastosowaniu podanéj metody przekonałem się dostatecznie, obserwując od maja r. 1887 w mojéj praktyce przeszło 600 tego rodzaju przypadków. Prowadząc ścisłe co do plombowanych przezemnie zębów zapiski, szczególniejszą zwracałem uwagę zawsze na takie, w których rdzeń z powodu zapalnych bólów musiał być zniszczony, albo też znajdował się w stanie ropienia lub zgorzeli. Co do pierwszych, mogę stanowczo twierdzić, iż każdy ząb powyższą metodą leczony daje zupełnie dobre rezultaty. Po zatruciu rdzenia przedewszystkiem mi chodzi o to, aby nie dopuścić do niego gnicia, a zatem dotykam go tylko sterylizowanemi narzędziami celem wydobycia, a w odstępach pomiędzy jednem a drugiem posiedzeniem nakrywam watą napojoną zgęszczonym kwasem karbolowym i szczelnie jamę zęba zalepiam. O doszczętne wydobycie rdzenia z części wierzchołkowych korzeni wcale mi nie chodzi, mając tę pewność, iż wśród tych ostrożności gnicie tamże rozwinąć się nie może. Ponieważ nadto w kanały korzeniowe wprowadzam pastę antiseptyczną, która pozostaje w bezpośredniem zetknięciu z resztkami pulpy, silnym prądem gorącego powietrza poprzednio wysuszonéj, a całą jamę szczelnie zatykam plombą, która ją od przystępu powietrza atmosferycznego, wilgoci i innych szkodliwości chroni, przeto przypuszczam, iż następuje mumifikacyja albo wessanie tego organu, albowiem dotychczas o jego losach nie miałem sposobności się przekonać.

Znane są jednak przypadki, iż ząb zaplombowany śród najdokładniejszego przestrzegania zasad antiseptyki trzyma się przez kilka tylko lat spokojnie, wreszcie bez wyraźnéj przyczyny dostaje ostrego zapalenia okostny i wyjętym być musi. Miller[1]) twierdzi, że powodem tego są cząstki rdzenia, pozostałe w kanale korzeniowym, które przez czas dłuższy pod wpływem użytego środka przeciwgnilnego nie wywierają szkodliwego wpływu, wreszcie jednak, skoro ten środek przestanie działać albo też drobnoustroje razem z prądem krwi dostaną się do korzenia, ulegają rozkładowi i sprowadzają zapalenie okostny. Nie jest jednak według M. prawdopodobnem, aby produkty gnilne, powstałe z rozkładu treści kanalików zębowinowych, miały przez cement zębowy dotrzeć aż do okostny i jéj zapalenie wywołać. Na podstawie dotychczasowego doświadczenia przekonałem się, iż w zębach świeżo pozbawionych życia, przy użyciu wyżéj podanego sposobu, nigdy objawy zapalenia okostny nie występowały, dopóki naturalnie plomba szczelnie przylegając szkodliwych czynników nie przepuszczała lub dopóki w innem miejscu korony nie powstała świeża jama, będąca bramą wchodową dla tych wpływów.

Inna jest rzecz co do zębów, których pulpa w całości uległa ropieniu, albo też już dawno obumarła i pod wpływem zewnętrznych szkodliwości gnije. Tutaj rokowanie zależy od tego, czy okostna jest zupełnie zdrową, czy też okazuje objawy przewlekłego zapalenia. W pierwszym razie wynik operacyi bywa zwykle pomyślny, a co najwięcéj pojawia się tylko nieznaczna bolesność przy gryzieniu, ustępująca po kilku dniach dobrowolnie lub po kilkorazowem pędzlowaniu dziąseł nalewką jodową. Prawdopodobnie w takich razach doznaje okostna tylko przekrwienia, które jest albo następstwem obecności w szczycie kanału resztek pulpy, na które gorące powietrze jeszcze nie dość skuteczny wpływ wywarło (co ma miejsce zwykle u osób, nie zgadzających się na kilkakrotne posiedzenia i zmuszających prośbami lub wrzekomym brakiem czasu do przedwczesnego zaplombowania zęba, „który ich przecież nie boli“), albo też przekrwienie to jest po prostu nawrotem choroby, która w przebiegu dawniéj przebytego zapalenia pulpy rozlanego (*pulpitis diffusa totalis*) prawie zawsze występuje.

Wobec przewlekłego zapalenia okostny połączonego zwykle z przetoką dziąsłową, zależy znowu rokowanie od stanu, w jakim znajduje się korzeń zębowy. Jeżeli przetoka jest świeżą, a ropa tą drogą na zewnątrz się wydobywająca nie była jeszcze w stanie swego niszczącego wpływu na korzeń wywrzeć, czyli dopóki takowy nie uległ częściowéj lub całkowitéj nekrozie, można względnie dobrze rokować, albowiem przez gruntowną sterylizacyję korzenia i odpowiednie leczenie przetoki (za pomocą przeciwgnilnych i ściągających rozczynów najlepiéj drogą przez kanał korzeniowy) daje się ją stale zagoić. W przeciwnym razie mowy o dokładnem zaplombowaniu i ocaleniu zęba nie ma, chociażby korona jeszcze dość dobrze była zachowaną. (Dok. nast.)

[1]) *Verhandlungen d. deutsch. odontol. Gesellschaft.* 1890. Tom II, zeszyt 1.

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby kobiece.

Kleinwächter (Czerniowce): **Zasady gineko-elektroterapii.**

(Dok. Patrz Nr. 9).

Omówiwszy ogólne zasady nauki Apostolego przechodzi autor do szczegółowego leczenia chorób kobiecych, nadających się do leczenia tą metodą.

I. Mięśniaki macicy. Upewniwszy się przez zmierzenie ciepłoty ciała, że niema sprawy zapalnéj lub ropienia, należy zważać na ilość tłuszczu w powłokach brzusznych, co ważne jest dlatego, aby można skonstatować przybieranie tłuszczu towarzyszące zmniejszaniu się nowotworu. Po przestrzykaniu pochwy płynem przeciwgnilnym układa się na brzuch elektrodę obojętną a następnie wprowadza sondę jako drugą elektrodę aż do dna macicy. Prąd zrazu słaby zwiększa się powoli do 50—70 M. A., dopiero w następnych posiedzeniach dochodzi się zwolna i do 250 M. A. Po posiedzeniu przestrzykuje się powtórnie pochwę i zakłada się tampon z gazy jodoformowéj. Leczenie rozpoczyna się od galwanizacyi biegunem dodatnim w macicy, dopiero po ustaniu krwotoków stosuje się biegun ujemny, wracając do pierwszego, gdy się krwotoki powtórzą. Gdy leczenie to nie doprowadzi nowotworu do zaniku, można wykonać galwanopunkturę; wbija się troakar, do którego po wyjęciu kolca wsuwa się igłę złotą lub platynową, i to przez tylne sklepienie prowadząc instrument równolegle do osi macicy.

II. *Para-et perimetritis.* W okresie ostrym ostrożna faradyzacya zapomocą prądów słabych. W okresie przy-

ostrym najpierw faradyzacya, i dopiero, gdy chora dobrze to znosi, galwanizuje się (4—10 M. A.) biegunem dodatnim, w końcu ujemnym. Silnych prądów galwanicznych do 200 M. A. użyć należy w okresie przewłocznym stosując biegun ujemny jako czynny. Gdy są bóle, można stosować biegun dodatni. W okresie ropienia poleca się ujemną galwano punkturę dla wypuszczenia ropy. Jestto operacyja niekrwawa i nawet w razie pomyłki w rozpoznaniu nieszkodliwa.

III. *Metritis chronica*. Apostoli używa prądu stałego, z początku słabego, i postępuje zwolna do 250 M. A. W stadyjum przekrwienia biegunem dodatnim, w okresie drugim ujemnym jako czynnym. W obec przerostu części pochwowéj lub szyjki radzi Engelman wykonać ujemną galwano punkturę kilkoma igłami, które mogą być i stalowe.

IV. *Subinvolutio uteri*. Tu chodzi tylko o wzmocnienie macicy i pobudzenie jéj do skurczów, wystarczy więc faradyzacyja pochwowo brzuszna. Przy równoczesnym obrzęku galwanizacyja ujemna maciczno-brzuszna o prądach do 50 M. A.

V. *Endometritis*. Galwanizacyja maciczno-brzuszna o prądach silnych biegunem dodatnim (nawet w *end. gonorrhoica*).

VI. Zboczenia w miesiączkowaniu. Wobec braku miesiączki z powodu bladaczki franklinizacyja i elektryczność statyczna. Wobec przerywanego braku miesiączki u mężatek galwanizacyja ujemna lub też faradyzacyja ogólna: jeden biegun na krzyże, drugi we wannie na nogi, napełnionéj lekko słoną wodą. W miesiączce bolesnéj (*dysmennorrhoea*) galwanizacyja ujemna lub dodatnia maciczno-brzuszna; w *dys. membranacea* galwanizacyja dodatnia o silnym prądzie.

VII. *Stenosis et atresia canalis utero-vaginalis*. W zwężeniu kanału szyjki działa pewnie galwanizacyja ujemna o sile prądu coraz większéj i przy użyciu coraz grubszych sond. Wobec zupełnego zamknięcia kanału używa się zamiast sondy sztyletu. Podobne jest postępowanie wobec zboczeń pochwy.

VIII. *Superinvolutio uteri*; faradyzacyja maciczno-brzuszna lub dwubiegunowa tuż przed regularnością. W międzyczasie ujemna galwanizacyja o prądach stałych.

IX. Niedokształt macicy. Leczenie jak VIII.

X. Zboczenia w położeniu macicy. a) Przodozgięcie w skutek macicy małéj lub osłabienie więzów tylnych wymaga faradyzacyi elektrodami niemetalowemi i galwanizacyi ujemnéj pochwowo lub maciczno-brzusznéj o prądach słabych. Wobec osłabienia ścian macicznych i przekrwienia biernego faradyzacyja dwubiegunowa. b) Przodopochylenie. Galwanizacyja lub faradyzacyja zależnie od tego, czy jest następstwem *metritis* czy téż wysięku. c) Tyłozgięcie leczy się faradyzacyją pochwowo-brzuszną. W komplikacyjach, jak powyżéj. d) Tasama terapia dla tyłozgięcia. e) *Descensus et prolapsus uteri* wymaga galwanizacyi maciczno-brzusznéj, obok tego faradyzacyi dla skrzepienia macicy, mięsienia, tamponów itp.

XI. Choroby jajników. Ból jajnikowy u histeryczek może być usunięty wewnątrz-maciczną dwubiegunową faradyzacyją; wobec istnienia wypociny, galwanizacyja ujemna pochwowo-brzuszna. Zapalenie jajników przewłoczne ustępuje pod wpływem galwanizacyi dodatniéj.

XII. Choroby trąbek. W okresie ostrym faradyzacyja dwubiegunowa wewnątrz maciczna. Energiczniej działa prąd stały i to dodatni wobec krwotoków, ujemny w okresie późniejszym. Przeciwskazaniem jest *pyosalpinx*, co poznać można po bolesności przy stosowaniu nawet słabych prądów. Gdy jest chełboczenie, należy bezwarunkowo od strony pochwy galwanicznie nakłuć. *W salpingo-oophoritis* można zamiast kastracyi zastosować galwano-kaustykę o sile prądu 20—30 M. A.

XIII. *Haematokele periuterina*. Elektropunktura ujemna.

XIV. Nowotwory macicy i części dodatkowych jak ukleje, torbiele można radykalnie usunąć prądem stałym, elektr. ujemną lub też galwano-punkcyą. Raki macicy można galwanizować dodatnio lub też ujemnie dla wytworzenia strupa i to za pomocą kilku igieł o sile 15 M. A. Liszaj żrący sromu leczy się galwanizacyją dodatnią. Torbiele jajnikowe można tylko faradyzować, galwanizacyja szkodzi.

XV. Resztki łożyskowe po porodzie przedwczesnym usuwa się nalepiéj galwanizacyją dodatnią, maciczno-brzuszną.

XVI. Choroby sutków. W zboczeniach wydzielniczych faradyzacyja, przeciw obrzękom prąd stały.

XVII. Nerwice. Świąd części rodnych jakoteż i *vaginismus* ustępują pod wpływem słabych prądów stałych stosowanych za pomocą elektrod niemetalowych.

Rozprawkę swą kończy autor przytoczeniem sumiennie zebranéj literatury (wymienia 461 autorów i prac). (*Wr. Klinik.* z. 10 i 11 z r. 1891.) *Dr. Ebersohn.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 3 lutego 1892.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 45. Gość kol. Dr. Prager.

1) Kol. Przewodniczący odczytuje list otrzymany z Warszawy od prof. Baranieckiego, a wyrażający podziękowanie za wybór na członka honorowego.

2) W sprawie Izb lekarskich odczytuje Przewodniczący pismo z c. k. Namiestnictwa, wzywające Tow. lek. krak. do wyrażenia swéj opinii w tym względzie — objaśniając, iż podanie Tow. lek. jest od tego pisma niezależne; podnosi następnie, że jest zaszczytnem dla Tow. lek. krak. to wezwanie ze strony Namiestnictwa — i zawiadamia, iż odpowiedni elaborat będzie wypracowany w komitecie a następnie Tow. przedłożony.

3) Kol. Blatteis wygłosił zapowiedziany odczyt „o plasmodyjach malaryi na podstawie spostrzeżeń w szpitalu św. Łazarza poczynionych“ (rzecz ogłoszona w nin. Nrze P. L.). Prelegent przyjmuje 3 formy plasmodyjów, t. j. 1) formę typowych plasmodyjów, 2) półksiężyców Laverana, 3) plasmod. z rzęskami, objaśniając wykład przedstawieniem odnośnych preparatów mikroskopowych i kilku chorych leczonych na oddz. I a) szpitala św. Łazarza z powodu malaryi. Co do innych chorób nie zauważył w nich prelegent plasmodyjów, prócz jednego przypadku gruźlicy płuc, w którym jednak było uzasadnione przypuszczenie, że chora przebywała malaryję. W influenzy nie znalazł plasmodyjów, natomiast w 2 przypadkach tyfusu plamistego takowe spostrzegał.

W dyskusyi zastanawia się kol. Kryński nad genezą powstawania półksiężyców Laverana, podnosząc tę okoliczność, iż sam Celli przypuszcza, czy te półksiężyce nie są produktem degeneracyi ciałek czerwonych krwi; zwraca następnie uwagę Prelegenta na pracę Mattejego, odnoszącą się do szczepień na ludziach.

Kol. Madejski zapytuje o działanie chininy na półksiężyce Laverana, powołując się na autorów, którzy twierdzą, iż chinina na takowe żadnego wpływu nie wywiera.

Kol. Rydygier zwraca uwagę na sposób badania plasmodyjów, sądząc, że możnaby obserwować rozwój takowych we krwi, wydobytéj ze śledziony za pomocą strzykawki — podnosi nadto, że według zdania prelegenta półksiężyce Laverana są wydatniejsze u chorych ze Suezu, niż w malaryi swojskiéj.

Kol. Browicz zwraca przedewszystkiem uwagę na kwestyję półksiężyców Laverana i opierając się głównie na poszukiwaniach robionych na ptakach przez Danilewskiego, zaznacza, że u ptaków te same plasmodyja się znajdują; że półksiężyce się znajdują w przypadkach więcéj chronicznych, atypowych, gdzie nie ma powtórnéj infekcyi, lecz gdzie zarodniki się rozwijają; według ostatnich zapatrywań są półksiężyce „trwałemi sporami“ (*Dauersporen*), których się w zwykłych przypadkach zimnicy nie spotyka. W rocznikach Instytutu Pasteura umieścił Danilewski ciąg dalszy swych badań, z których wynika, iż u ptaków tak samo typowo malaryja się przedstawia, że późniéj rozwijają się twory rzęskowe i opuszczają ciałka krwi. Wspomina daléj mowca o doświadczeniach Gerharda odnośnie do przeszczepiania na ludzi, zwraca uwagę, iż nie potrzeba hodowli sztucznych, bo we krwi zwierzęcia można rozwój plasmodyjów bardzo dobrze obserwować, można nawet na podstawie segmentacyi powiedzieć, czy będzie napad i w jakim mniéj lub więcéj czasie.

Kol. Opieński zwraca uwagę na metodę hodowania plasmodyjów w pijawkach podaną przez Rosenbacha.

Kol. Cybulski zapytuje, czy i na inne zwierzęta daje się przeszczepiać plasmoidye.

Kol. Browicz opowiada ciężki przypadek swojskiéj malaryi, gdzie wystąpiły przypady mózgowe i ślepota. Odnośnie do uwagi kol. Madejskiego oświadcza mowca, iż chinina działa tylko na produkta przejściowe, na półksiężyce chinina nie wywiera wpływu na co i Danilewski zwraca uwagę, twierdzi mowca daléj, iż można na podstawie obrazu mikroskopowego wskazówki lecznicze wysnuć i zaprzestać podawania chininy, zastępując ją innemi lekami.

Kol. Sroczyński stwierdza, że można za pomocą wziernika wykazać zmiany na dnie oka występujące w przypadkach cięższéj zimnicy.

Kol. Madejski zapytuje o działanie błękitu metylenu na półksiężyce; podnosi następnie, iż skutkiem zapchania naczyń plasmodyjami może przyjść do pęknięcia naczyń i skutkiem tego do krwotoków.

Kol. Prelegent zaznacza w odpowiedzi kol. Madejskiemu, że pękanie naczyń jest następstwem zapchania tychże melaniną, powstającą z rozpadu ciałek krwi, nie może powiedzieć, by analogicznie do chininy półksiężyce nie ginęły pod wpływem stósowania błękitu metylenu. Widział to bowiem prelegent w 5-ciu preparatach, pochodzących od chorego, który przez pewien czas brał bardzo dużo chininy a potem podano błękit metylenu. Odnośnie do uwagi kol. Rydygiera oświadcza, iż w zimnicy swojskiéj równie piękne można było wykazać plasmodyja jak i u chorego ze Suezu. Zastrzega się prelegent, iż w niniejszéj pracy nie chodziło mu bynajmniéj o śledzenie rozwoju plasmodyjów; co do pijawek to badanie za pomocą téj metody jest niedogodne.

Kol. Browicz zwraca jeszcze raz uwagę, że nie potrzeba innego sztucznego eksperymentu a z rodzaju segmentacyi można określić, czy tor jest trzeciaczkowy czy codzienny i t. p.

4) Po zamknięciu dyskussyi przedstawił kol. Cercha chorą z osteomalacyją — jako 4 przypadek osteomalacyi obserwowany w ostatnich latach w klinice położn. krak. — Odkładając sam wykład na późniéj Prelegent omawia w krótkości symptomatykę i dyagnostykę tegoż cierpienia. Wspomina o teoryi Neussera, który na podstawie znalezionych przez siebie we krwi w osteomalacyi ciał eozynochłonnych zalicza zmiany w téj chorobie występujące do zmian neurotroficznych; podaje następnie historyę choroby przedstawionéj choréj, u któréj w celach leczniczych wykonano kastracyję.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera głos kolega Idziński zaznaczając, iż za neurozą nerwu współczulnego jako przyczyną osteomalacyi, przemawiają oprócz spostrzeżeń Fehlinga i Neussera jeszcze i inne. I tak Recklinghausen widział przypadek osteomalacyi połączony z chorobą Basedowa a Wegner ogłosił niedawno kilka przypadków chorób umysłowych wśród osteomalacyi: nie wiadomo jednak, co było tam przyczyną a co skutkiem. Wobec tego przy badaniu chorego należy zwrócić uwagę czy prócz osteomalacyi nie ma jakiéj nerwicy (dusznicy nerwowéj, choroby Basedowa, połowicznego bólu głowy i t. d.); czy nie ma zboczeń umysłowych, jak się zachowują ciałka eozynochłonne tak przed kastracyą jak i po niéj, nadto należałoby zbadać mikroskopowo wycięte jajniki. To ostatnie o tyle jest ważne, że gdybyśmy w jajnikach nie znaleźli przyczyny choroby, moglibyśmy szukać jéj gdzieindziéj, podobnie jak to czynimy w dusznicy nerwowéj, a więc w jamie nosowéj, ustnéj, brzusznéj, w macicy i t. d., a po usunięciu przyczyn tych moglibyśmy spodziewać się uleczenia choroby.

Kol. Opieński zaznacza, iż należało w niniejszym przypadku przed operacyją uskutecznić badania nad zjawiskami eozynochłonnemi, jak niemniéj nie pomijać badania moczu w kierunku kwasu mlekowego, zwłaszcza wobec niezgodnych wyników badań w tym kierunku i wobec tego, że przypadki osteomalacyi są bardzo rzadkie.

Kol. Rydygier zapytuje kol. Brauna o losy choréj u któréj z powodu osteomalacyi podczas ciąży dokonano w klinice położniczéj krakowskiéj cięcia cesarskiego z wycięciem jajników, która to chora późniéj leżała w klinice chirurg. dla wyprostowania zniekształconych kończyn dolnych.

Kol. Braun oświadcza, iż co do jéj obecnego stanu nie ma dokładnych danych, gdyż na zapytywania otrzymał ogólnikową odpowiedź, że się ma dobrze; co do drugiéj choréj, która tę samą operacyję przebyła, wie od lekarza iż, chora ta nietylko straciła bóle w kościu, ale może chodzić o własnéj sile i oddawać się zwykłemu zajęciu, co przypisać tylko można, że przez wycięcie jajników uległy kości powtórnemu stwardnieniu. Świetne wyniki po kastracyi w dwóch przypadkach wyżéj przytoczonych i w przypadku kol. Cerchy upoważniają mówcę do wypowiedzenia zdania, że przypadki te nietylko stwierdzają zapatrywania na sposób powstawania osteomalacyi, wypowiedziane przez Fehlinga, ale że kastracyję w osteomalacyi należy uważać nietylko za środek kojący szybko bóle, ale i za leczenie swoiste, którego następstwem jest wstrzymanie procesu patologicznego i stwardnienie rozmiękłych kości. Wobec ujemnych wyników dotychczasowego sposobu leczenia będzie ono od dziś dnia raczéj leczeniem operacyjnem. Okoliczność, że osteomalacya następuje głównie u kobiet w okresie dojrzałości płciowej i że najczęściéj ulegają jéj kobiety które rodziły naprowadziła na myśl, że początek osteomalacyi leży w zmianach narządu rodnego a wychodząc z tego założenia pierwszy K. Braun wyciął macicę wraz z częściami dodatkowemi w przypadku osteomalacyi u ciężarnéj i wten sposób wyleczył osteomalacyję. Gdy zaś inny autor znalazł polepszenie w przebiegu osteomalacyi już przez samo przecięcie macicy, wpadł Prof. Madurowicz na pomysł, aby w przypadkach osteomalacyi u ciężarnéj, gdzie z powodu znacznego zniekształcenia miednicy trzeba zrobić cięcie cesarskie, wykonać nie jak K. Braun metodą Porry, ale metodą Saengera i dodać wycięcie jajników głównie w tym celu, by wykazać, która część narządu rodnego ma największy wpływ na osteomalacyję. W 2 przypadkach był wynik pomyślny i na podstawie tego można twierdzić, że w przypadkach osteomalacyi u ciężarnych metoda Saengera z dodatkowem wycięciem jajników jest wystarczająca a wykonanie jéj łatwe. Nie należy jednak zdaniem mówcy w każdym przypadku osteomalaayi u ciężarnéj przystępować do cięcia cesarskiego, gdyż w formie osteomalacyi t. zw. woskowéj może się odbyć poród drogami naturalnemi przez ugięcie się kości, w innych zaś razach dadzą się użyć kleszcze i t. p., a tylko w przypadkach znacznego zniekształcenia zwłaszcza przy kościach dość twardych należy uskutecznić operacyję według Madurowicza. Od tych zabiegów dokonywanych podczas ciąży w przypadkach osteomalacyi należy oddzielić zabiegi lecznicze w osteomalacyi po za okresem płodzenia. Kastracyja jest w tych razach zabiegiem łatwym, choć w przypadkach przemieszczenia jajników i zrośnięcia z jamą Douglasa jest odcięcie jajników bardzo trudne a niekiedy nawet niemożliwe. Dlatego należy zawsze zbadać dokładnie przed operacyją położenie jajników. W przypadkach, w których do cięcia cesarskiego dodajemy kastracyję, wyciąć jajniki jest bardzo łatwo, bo leżą wysoko i na długiej szypułce podniesione przez wysoko położone dno macicy.

Kol. Rosner (młodszy) stwierdza w odpowiedzi kol. Opieńskiemu, iż badań nad zjawiskami eozynochłonnemi nie można było przeprowadzić, gdyż sposób badania został przez Neussera już po operacyi dotyczącéj ogłoszony, a badania celem udowodnienia kwasu mlekowego były w poprzednich przypadkach przeprowadzane, jednakże z wynikiem ujemnym.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński*

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

XI. Posiedzenie z d. 24 października.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 17.

1) Przewodniczący uwiadamia, że Dr. Petrowicz przysłał dla biblijoteki sekcyi znaczną ilość dzieł lekarskich, za co Przewodniczący podziękowanie wysłał.

2) Kol. Jendl przedstawia chorego, u którego na tle *tabes* wystąpiła deformacyja stopy, polegająca na zmianie w samych kościach. Objaw ten, opisany przez Charcota, wydarza się w biodrze i kolanie, w stopie nader rzadko. Że zmiana ta polega na tle *tabes* a nie *lues*, którą chory przebył, dowodzi na-

głe powstanie zmiany bez bólów i jakichkolwiek dolegliwości. W dyskusyi przemawiali koll. Ziembicki, Barącz i Jendl.

3) Kol. Barącz przedstawia chorą po wyleczeniu promienicy brzusznej. Początkowo cierpiała chora na *perityphlitis suppur.*, którą kol. Barącz zwykłym sposobem przez przecięcie i przestrzykiwania leczył. Późniéj wystąpiły dwa twarde guzy obok. Badanie mikroskopowe stwierdziło promienicę. Z powodu bliskości otrzewnéj i kiszek zaniechał kol. B. wyskrobania tych ognisk, robił tylko często przestrzykiwania silnym roczynem sublimatu i kwasu karbolowego i doprowadził w ten sposób do zupełnego wyleczenia tego cierpienia. Dalej podaje kol. B., że znów widział nowy przypadek promienicy, rzadki z powodu umieszczenia na wardze dolnej, przy badaniu mikroskopowem znalazł w jednym guzku promienicowym igiełkę prawdopodobnie ze źdźbła pochodzącą.

4) Kol. Ziembicki przedstawia chorą po *ventrofixatio uteri propter prolapsum.*

5) Kol. Barącz przedstawił sposób zakładania szwu Senna i wartość tegoż szwu dla enteroanastomozy. Rzecz objaśnił licznemi preparatami. Całość ogłoszona na kongresie lekarskim. W dyskusyi przemawiali koll. Feigel i Wehr.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

VI. Hygieniczna doniosłość nowéj ustawy państwowéj „o budynkach przeznaczonych na mieszkania dla robotników“.

Nowa ustawa państwowa z dnia 9 lutego 1891 r. (Dz. u. p. Nr. 37), o uwolnieniu od podatków nowych budynków przeznaczonych na mieszkania dla robotników, jest bardzo doniosłym krokiem na polu ustawodawstwa sanitarnego; rzec można, że wymogi hygijeny przedewszystkiem podyktowały reprezentacyi ustawodawczéj trafne i poniekąd wzorowe paragrafy téj ustawy.

Zbyteczna dowodzić, jak ważnem jest dla zdrowia fizycznego a w następstwie umysłowego i moralnego, dobre, zdrowe i hygieniczne mieszkanie. Wszakże liczne zarządzenia sanitarne, obowiązujące w państwie i kraju są w zasadzie celowi odpowiednie, niektóre czynią w zupełności zadość wymogom współczesnego stanowiska hygijeny i policyi sanitarnéj i można je doskonałemi nazwać, lecz wykonanie ich w ubikacyjach mieszkań uboższéj klasy ludności jest wprost niemożebnem. Wspomnę tylko o stłumianiu chorób zakaźnych: wyśledzenie staranne pierwszych przypadków chorobowych, wczesne odosobnienie chorych, rychłe odgraniczenie ognisk chorobowych, desinfekcyja mieszkań, pościeli, odzieży, może stłumić chorobę zakaźną w zawiązku i pośrednio uratować czasem znaczną liczbę jednostek, któreby inaczéj stały się pastwą dziesiątkującéj téj lub owéj choroby zakaźnéj — i każdy kto działał w administracyi sanitarnéj wykaże i udowodni piękne przykłady skuteczności rzeczonych zarządzeń. Lecz jakże mamy izolować chorych od zdrowych w podziemnych mieszkaniach ubogich, przedewszystkiem klasy robotniczéj, ciasnych, przeludnionych. — jakichże ilości środków desinfekcyjnych należałoby użyć, aby takie ubikacyje rzeczywiście i skutecznie odrazić, a nie tylko wonią środkom tym właściwą napełnić — czasem tak kolosalnych, że wyziewy ich same okazałyby się zdrowiu szkodliwemi? — jakże zapobiedz n. p. szerzeniu się gruźlicy u dzieci i osobników wieku chłopięcego, mieszkających w takich izbach, gdzie skąpa ilość światła, duszna i parą wodną nasycona atmosfera znakomite nastręcza warunki rozwoju drobnoustrojowi chorobotwórczemu? — Jak ratować te biedne jestestwa od charłactwa, upośledzeń rozwojowych, od zawiązków cierpień chronicznych i w ten sposób uszczuplić liczby kandydatów przyszłych na żebraków lub peryjodycznych mieszkańców szpitali publicznych? — Nie ma prawie sposobu: najlepszemi chęciami ożywiony urzędnik sanitarny widząc niemożność skutku albo postanowi nic nie działać, albo, aby uspokoić swe sumienie, zarządzi pewne środki ostrożności, lecz oczywiście w skuteczność ich w tych warunkach nie wierzy i wierzyć nie może.

Ustawa w mowie będąca uwalnia od wszystkich podatków (od krajowych naturalnie za przyzwoleniem sejmów krajowych) na przeciąg czasu lat 24 wszelkie budynki dla robotników wyłącznie budowane, lecz stanowi w §. 3., że budynki, które zawierają mieszkania poniżéj poziomu (suterenowe) nie korzystają z dobrodziejstw ustawy. Zarządzenie to jest bardzo mądre, albowiem ochłodzi zbytni zapał budujących wyzyskiwania terenu budowlanego w kierunku wertykalnym i obdarzania ludzi mieszkaniami piwnicznemi, pozbawionemi nawet zbawiennych słońca promieni, na które dość będą mieli czasu, gdy trudów żywota dokonają.

§ 4. ustawy określa dokładnie, jaka ma być powierzchnia zajęta przez jedno mieszkanie: nie może być mniejszą, niż 15 metrów kwadratowych, ani większą niż 30 m. □, jeżeli mieszkanie składa się z jednéj ubikacyi; jeżeli zawiera dwie lub więcéj ubikacyj, powierzchnia nie może być mniejszą niż 40 m. □, ani większą niż 75 m. □. Paragraf ten zapobiega urządzaniu ze względów oszczędności zbyt małych i szczupłych izb, nieodpowiednich na ludzkie mieszkania wogóle, które niestety nie rzadko u nas i gdzieindziéj napotykamy w domach robotniczych, czeladnych itp.

Izba najmniejsza tedy dopuszczalna ma mieć według ustawy 15 m. □ powierzchni, co przy wysokości chociażby tylko 3 m., stanowi 45 m. sześć. objętości, — izba największa dopuszczalna będzie mieć, przyjmując tę samą wysokość, 90 m. sześć. — mieszkanie z 2 lub więcéj ubikacyj złożone będzie mieć objętości 225 m. sześciennych. Taka ilość powietrza jest zupełnie wystarczającą w dwóch pierwszych mieszkaniach dla 2 względnie 4 osób, w trzeciem nawet dla 8—10 osób, uważając 20 sześciennych metrów powietrza za dostateczną dla jednéj osoby przy miernéj wentylacyi.

§ 5. ustawy oznacza najwyższy czynsz mieszkalny, jaki pobierać wolno od 1 m. □ powierzchni mieszkania w domach dla robotników; wynosi on w Wiedniu rocznie 1·75 złr. w. a., w miejscowościach liczących więcéj niż 10,000 ludności 1·15 złr., w innych miejscowościach 70 ct. w. a. Zatem najmniejsze dopuszczalne w myśl ustawy mieszkanie robotnicze, z jednéj złożone izby kosztować będzie w Wiedniu 26·25 złr. w. a, w miejscowościach ludniejszych 17·25 zlr., w innych miejscowościach tylko 12 złr ! — najobszerniejsze, mogące korzystać z dobrodziejstw ustawy, kosztować ma 131 złr, 86·25 złr. lub 60 złr. w. — wszystkie zatem przystępne nawet dla najuboższego byle pracowitego i trzeźwego robotnika, uwzględniwszy miejscowe stosunki.

Co więcéj § 6 ustawy grozi właścicielom budynków grzywnami pieniężnemi za przekroczenie najwyższego dozwolonego czynszu, które równać się mają dziesięćkrotnéj kwocie nadebranego czynszu a w przypadkach powtórzenia się tego przewinienia odjęciem natychmiastowem dobrodziejstw ustawy, t. j. wolności od podatków. Grzywny pieniężne ztąd pochodzące ustawa każe oddawać do miejscowego funduszu ubogich.

Widoczne tedy, że ustawa powyższa, ułatwiając robotniczéj klasie ludności pozyskanie zdrowych, przyzwoitych a tanich mieszkań, czyni zadość w części zaniedbanéj dotąd hygijenie mieszkań ubogich warstw ludności, a łącznie z ustawą o kasach chorych i o zabezpieczeniu robotników odpowiada w wysokim stopniu współczesnym potrzebom uboższéj ludności i robotników i wspiera ich dobrobyt — a gdy robotnicy sami wesprą dobre chęci ustawy pracowitością, oszczędnością i trzeźwością, musi wydać korzystne wyniki pod względem ekonomicznym i hygijenicznym.

Byłoby może nie od rzeczy, gdyby wysoka reprezentacyja krajowa, biorąc pochop z powyższéj ustawy państwowéj, uznała za stosowne wglądnąć także w stan obecny mieszkań ludności robotniczéj wiejskiéj, czeladzi rolnéj — a wyniki z tego zbadania uzyskane możeby jéj dały cenne wskazówki do uchwalenia pewnych zarządzeń budowlano-hygienicznych, luboby nie tak daleko sięgających, jak omówiona co dopiero ustawa państwowa.

Kraków 27 lutego 1892. *Dr. S. Ponikło.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2. marca. Towarzystwo lekarskie krakowskie na posiedzeniu nadzwyczajnem w dniu 24 lutego odbytem, obradowało nad projektem komitetu, wypracowanym skutkiem wezwania c. k. Namiestnictwa, a odnoszącym się do podziału kraju na okręgi Izb lekarskich i rozgraniczenia okręgów wyborczych w obrębie Izby, która ma mieć siedzibę w Krakowie, tudzież do wyrażenia życzeń co do przeprowadzenia niektórych paragrafów ustawy o Izbach lekarskich. Po wyczerpującéj dyskusyi projekt komitetu został z nieznacznemi zmianami przyjęty i po ostatecznem zredagowaniu przez Komitet w d. 28 lutego c. k. Namiestnictwu przedłożony. Spodziewamy sie, że najwyższa władza polityczna krajowa zechce uwzględnić życzenia nasze po dojrzałej rozwadze i wyczerpującem rozpatrzeniu rzeczy wyrażone.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 2 marca odbytem: 1) kol. Przewodniczący Ponikło doniósł, iż opinija Towarzystwa o przeprowadzeniu niektórych paragrafów ustawy o Izbach lekarskich, uchwalona w d. 24 lutego b. r. dnia 28/2 c. k. Namiestnictwu została przełożoną; 2) przyjęto jednogłośnie do grona Towarzystwa 3-ch naszych członków, 3) kol. prof. Rydygier przedstawił chorą, u któréj skomplikowana operacyja osteo- i dermoplastyczne na rozległéj przestrzeni na głowie dokonaną została, 4) kol. Surzycki imieniem komisyi przemysłowéj Tow. okazał przyrządy elektroterapeutyczne wykonane przez mechanika Freunda z Krakowa. Po przemówieniu kol. prof. Rydygiera, Domańskiego, Surzyckiego i Przewodniczącego, zgromadzenie potwierdziło decyzyę komisyi przemysłowéj, aby udzielić zachęty p. Freundowi do dalszego postępu na obranéj drodze, 5) kol. Beck mówił „o fizyjologii części lędźwiowéj rdzenia pacierzowego“ objaśniając rzecz demonstracyjami na żabach. W dyskusyi zabierali głos kol. Rydygier, Gluziński i Buzdygan.

* Wydział lekarski U. J. na ostatniem swem posiedzeniu jednogłośnie uchwalił nadać stypendyjum ś. p. Szklarskiego w kwocie 900 złr. Drowi Stanisławowi Momidłowskiemu, asystentowi przy katedrze chorób dzieci w Krakowie; następnie mianował doktoranda Józefa Zolla asystentem przy Zakładzie prof. Marsa na rok bieżący, wreszcie Dra Karola Kleckiego przedstawił Ministerstwu Oświecenia do nominacyi 3-cim asystentem przy klinice chirurgicznéj.

* Właściciel przyrządów szklanych, p. H. Hildebrand w Hali n. S., prosi nas o zamieszczenie wzmianki, iż otrzymał na ukończonéj obecnie wystawie Czerwonego Krzyża w Lipsku srebrny medal, najwyższą nagrodę za termometry precyzyjne do mierzenia gorączki.

* Od jednego z pp. asystentów otrzymaliśmy zawiadomienie, ze kursa do egzaminu fizykackiego najbliższego rozpoczną się w drugiéj połowie b. m.

* W tygodniu 7-ym (od 14—20 lutego) było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 56, skonów 54, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 6, z dławca i błonicy 5, z odry 2, z innych chorób zakaźnych 2, z nieżytu żołądka i jelit 1.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Aleksander Baurowicz ze Lwowa i Cezar Kornhäuser z Pilznionka w Galicyi.

* **Zmarł** w Pradze czeskiéj pensyjonowany profesor okulistyki i radzca dworu Dr. Józef Hasner-Artha w 73 roku życia. Zmarły był od r. 1856—1882 zwyczajnym profesorem okulistyki i autorem licznych rozpraw.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę demonstratora przy katedrze farmakologii z płacą roczną 300 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 10 marca 1892.

Kraków dnia 27/2 1892.

Stopczański, Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 12 Marca 1892. Nr. 11.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardziela i krtani.

Skreślił

T. Heryng w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8.)

Wyniki i pożyteczność téj metody najlepiéj wyjaśni załączona poniżéj kazuistyka.

Wogóle stosowałem dotąd elektrolizę w krtani 12 razy (11 razy w suchotach krtani), raz jeden wobec twardziela krtani, w gardzielu 8 razy (3 razy w *rhinitis hypertrophica*, 3 razy w skrzywieniach przegrody nosa), raz w gruźlicy języka. Razem w 27 przypadkach.

Spostrzeżenie I. M. B., posłaniec, lat 36 mający, przybył do szpitala św. Rocha dnia 30/IV 1889. Przed dziesięciu miesiącami zauważył lekkie ochrypnięcie i nieznaczny ból przy połykaniu. Matka chorego zmarła na suchoty płucne. On sam przed 18 laty miał zapalenie płuc. Przed 16 laty zaraził się kiłą i był leczony specyficznie. Stan ogólny chorego jest niezły: nie chudnie, nie gorączkuje, apetyt i siły dobre. Gruczoły chłonne nie są powiększone.

Przy badaniu płuc znalazłem w prawym szczycie od przodu lekkie stężenie odgłosu i oddech wydłużony, w lewym wierzchołku oddech silne zaostrzony, *exspiratio prolongata.* Na lewéj łopatce *respiratio fere bronchialis,* rzężeń wogóle bardzo mało. Serce i organa jamy brzusznéj zmian szczególnych nie przedstawiają. Kaszel męczący. Plwociny przy pierwszem badaniu nie zawierały laseczników Kocha.

Nagłośnia po prawéj stronie cienka, blada, po stronie lewéj nacieczona, zarówno jak i wiąz boczny lewy. Grubość nasięku przeszło ½ ctm. Nasięk schodzi po wewnętrznéj powierzchni nagłośni i w okolicy guza nagłośni przedstawia wyniosłość grzybiastą, wielkości pestki od wiśni, owrzodzoną na szczycie i pokrytą brodawkowemi wyroślami. Dolny brzeg téj wyrośli przybiera postać brodawczaka, przechodzącego na strunę fałszywą lewą i część struny prawdziwéj, rozszczepionéj w tylnym końcu. Obie chrząstki Santoriniego prawidłowe, stawy wolne. Tylna ściana krtani nieco zgrubiała. Obydwie zatoki gruszkowe jednakowo szerokie. Obraz cierpienia krtani przemawiał do pewnego stopnia za nowotworową naturą cierpienia tembardziéj, że pierwsze badanie plwociny dało wynik ujemny. Za pomocą kleszczyków ostrych wyjąłem z nagłośni część tkanki zasianéj brodawkowemi wyroślami i po odpowiedniem stwardnieniu odesłałem do zbadania drobnowidowego,

Sprawę określono jako nabłoniaka krtani. Ponieważ cierpienie płuc było nieznaczne, bóle przy łykaniu niewielkie, ogólny stan dobry a sprawa umiejscowiła się w lewéj połowie nagłośni i krtani, wskazaną więc była połowiczna resekcyja. Chory na propozycyję operacyi nie zgadzał się i z obserwacyi się usunął. Gdy do nas po pewnym czasie powrócił, guz na nagłośni dochodził już wielkości maliny, był łudząco do brodawczaka podobny a na więzie bocznym lewym wybitne pojawiły się zmiany. Zgrubienie prawie zupełnie ustąpiło, natomiast w połowie więzu wyrósł ziarnisty guzik wielkości ziarna pieprzu. Nasięk struny fałszywéj również się zmniejszył, struna prawdziwa lewa była wązka, prawie zupełnie zabliźniona. Chory zdecydował się wreszcie na operacyję i nazajutrz przystąpić miano do jéj wykonania. Przedtem jednak asystent mój Lubliner przeprowadził jeszcze raz badanie skąpych bardzo plwocin i wykrył w niéj znaczne ilości laseczników Kocha, obok skąpych włókien sprężystych. Naturalnie, że wskazania operacyjne zupełnie się zmieniły. Zamiast połowiczéj resekcyi przystąpiliśmy do łyżeczkowania brodawkowych wyrośli nagłośni. Większa ich część została w ten sposób usuniętą, lecz nie wszystko. W okolicy guza nagłośni ostra łyżeczka nie była w stanie dotrzeć do głębi nasięku. Wtedy to po raz pierwszy użyłem elektrolizy.

Dnia 4/VII 1889 za pomocą podwójnéj igły Voltoliniego zniszczyłem nasięk guza nagłośni, używając 16 elementów Stöhrera przez dwie minuty.

Tkanka pod wpływem strumienia niemal stopniała; pozostał gruby wilgotny, biało-szary strup, który odpadł po 10 dniach, pozostawiając zupełnie oczyszczone dno, pokryte ziarniną. Zabliźnienie zupełne nastąpiło w niespełna trzy tygodnie. Blizna wytworzyła się gładka, blado różowa. W ten sam sposób zniszczyłem wyrośle i nasięki więzu bocznego lewego z również pomyślnym wynikiem. Chory przez kilka miesięcy pełnił swe obowiązki, zjawił się do nas dopiero w początku zimy ze znacznem pogorszeniem stanu ogólnego i recydywą w krtani. Nasięk gruźliczy wystąpił wtedy na ścianie tylnéj i chrząstkach, sprowadził dysfagiję

i upadek odżywienia, zarówno jak i pogorszenie stanu płuc. Żadne namowy nie mogły skłonić chorego do zapisania się do oddziału. Leczył się ambulatoryjnie prawie we wszystkich szpitalach warszawskich, przez kilkanaście miesięcy. Gdy wreszcie do naszego szpitala się zapisał, stan jego był iście rozpaczliwy. Cała krtań pokryta była owrzodzeniami i zajęta nasiękiem gruźliczym.

Wśród objawów ostatecznego wyniszczenia chory życie zakończył w maju b. r.

Spostrzeżenie II. L. P., farbiarz, lat 60, zapisał się na oddział d. 18/V 1889, z powodu chrypki i bólu przy łykaniu. Chory opowiada, że cierpienie trwa od dość długiego czasu, zaczęło się od kaszlu, potem zjawiła się chrypka, a wreszcie przyłączyły się bóle przy łykaniu. Z rodziny chorego jedna siostra zmarła z suchot płucnych. Pacyjent średniego wzrostu, dobrze odżywiony, trochę gorączkował (maksymalna temperatura wieczorna 38°), kaszlał dużo, plwociny dość obfite, zawierały nieliczne laseczniki Kocha. Badanie płuc wykazało: stępienie lewego wierzchołka z rzężeniami świszczącemi, od tyłu pod grzebieniem łopatki *respiratio bronchialis.* Z prawéj strony od przodu oddech zaostrzony dość licznemi rzężeniami. *Emphysema pulmonum.*

W innych organach prócz powiększenia śledziony nic godnego uwagi. Prawa połowa nagłośni przeszło 12 mm. gruba, infiltrowana, blada, na górnym brzegu owrzodzona. Utrata substancyi jest bardzo znaczna. Owrzodzenie jest na $^1/_2$ ctm. głębokie, przeszło na 1 ctm. długie, zajmuje także powierzchnię przednią, przechodzi jednak i na tylną. Dno jego blade, atoniczne, szarawe, jakby gąbczaste, mało krwawi, mało bolesne przy dotknięciu. Więzy boczne zgrubiałe, nacieczone. Nasięk przechodzi na chrząstki nalewkowe, jest twardy, sklerotyczny, tylna ściana na środkowéj linii przedstawia niewielkie owrzodzenie. Struny fałszywe zgrubiałe, pokryte obfitemi pokładami ziarniny. Brzegi ich, szczególnie z prawéj strony, owrzodzone. Struny prawdziwe w przedniéj trzeciéj zaczerwienione, w tylnéj części pokryte wyroślami, wielkości ziarnka grochu, koloru blado różowego, które zlewają się ze strunami fałszywemi i przechodzą w nasięk tylnéj ściany. Na *proc. vocalis dexter* niewielkie guziczkowe wzniesienie.

Gdy pomimo wielokrotnego stosowania kwasu mlecznego w przeciągu blisko siedmiu tygodni owrzodzenia nagłośni nie okazywały żadnéj dążności do zabliźniania, postanowiłem zniszczyć je za pomocą elektrolizy. Podwójną igłę Voltoliniego wkłułem blizko na 1 ctm. głęboko w nasięk i przez $1^1/_2$ minuty przepuszczałem strumień 14 elem. Stöhrera, aż do wystąpienia białego strupa naokoło igieł. Pomimo uprzedniego zastosowania kokainy i stopniowego powiększania strumienia, ból był bardzo gwałtowny. W ten sam sposób obok wytworzonego już strupa wprowadziłem znowu elektrodę i cały infiltrat zamieniłem na białą, gąbczastą, nekrotyczną masę.

Dwa dni późniéj (4/VII) zniszczyłem lewą połowę nagłośni pokrytą owrzodzeniem. przyczem strupy pojawiły się prędzéj, pomimo że igły tylko na 2 mm. głęboko wprowadziłem. Chory po téj manipulacyi twierdził. że połykanie było o wiele mniéj bolesnem. W cztery dni późniéj kleszczykami całą część znekrotyzowanéj tkanki, w postaci blizko na 1 centim długiego strupa, w całości można było odjąć. Pod nim ukazała się powierzchnia, pokryta zdrowemi, bladoróżowemi granulacyjami.

17/VII. Zaczyna się wytwarzać wyraźna blizna; przełykanie prawie zupełnie niebolesne. Prawa połowa nagłośni poprzednio infiltrowana, zredukowała się do grubości wałka około 4 mm. W tydzień późniéj chory zmarł wśród objawów ostrego zapalenia kiszek.

S e k c y j a w y k a z a ł a: Ciało mężczyzny średniego wzrostu. Tkanka tłuszczowa i mięśnie zanikłe.

Lewe płuco puszyste, w dolnym płacie *pneumonia cachecticorum.* W oskrzelach dużo wydzieliny śluzowéj. Prawe płuco: w górnym płacie trzy kawerny; największa wielkości kurzego jaja wśród rozlanego gruźliczego nasięku. *Peribronchitis tuberculosa.*

Serce powiększone w wymiarze poprzecznym. *Atheroma arcus aortae.* Wątroba powiększona, muszkatułowa. Śledziona mała, miękka, krucha. Kiszki grube silnie przekrwione, w dolnéj części błona śluzowa silnie zgrubiała z wynaczynieniami w tkance podśluzowéj. W kiszkach cienkich objawy ostrego nieżytu.

Pars suprahyoidea nagłośni zniszczona, brak jéj bowiem zupełnie. Powierzchnia jéj pokryta blizną. Z prawéj strony wystaje część obnażonéj chrząstki, nie pokrytéj blizną.

Na więzach bocznych nacieczonych owrzodzeń nie znaleziono.

Struny prawdziwe i fałszywe na całéj powierzchni pokryte szarawym nalotem, zgrubiałe, nierówne, pokryte owrzodzeniami, które z prawéj strony sięgają aż do tylnéj ściany i na nią częściowo przechodzą. Część nekrotyczna górnego odcinka nagłośni, odjęta za pomocą pincety, formy trójkątnej, długa na 12 mm., szeroka u podstawy na 5 mm., u wierzchołka na 2 mm., zachowaną została w alkoholu, stwardniona, a następnie zatopiona w celoidynie. Preparaty barwiłem hematoksyliną. Pod mikroskopem rozróżnić można było 2 części, t. j. chrząstkę zniszczoną i naciek gruźliczy, który na pewnéj przestrzeni do niéj przylegał. Co do saméj chrząstki to składała się ona z komórek bardzo słabo zabarwionych. Jądra nie były zabarwione, tylko w części środkowéj komórki dobrze się zabarwiły i widać w nich ziarnistą protoplazmę. W częściach nie zabarwionych jądra były maleńkie, skurczone, nieprawidłowéj formy. Naciek gruźliczy zawierał zachowane gruczoły śluzowe, których zraziki wypełniała bezkształtna masa. Rzadko gdzie widać było ocalałą komórkę śluzową. Sam naciek zawierał jeszcze gruzełki niewyraźnie rozlano zabarwione, z komórkami olbrzymiemi. Jądra ich były także niewyraźne, skurczone. Komórki okrągłe nacieku znalazłem skurczone, zresztą mało zmienione.

W naczyniach krwionośnych wszędzie skrzepy, zawierające drobne mikrokoki. Idąc od powierzchni, ilość ich jest olbrzymia; wnikają w głąb i układają się dokoła naczyń, gdzieniegdzie w formie zooglei. Są to stafilokoki, prawdopodobnie *staphylococcus pyogenes.* Laseczniki gruźlicze są nader skąpe, ale wyraźne, zmienione o tyle, że wydają się grubszemi od laseczników normalnych. Prawdopodobnie uległy one również rozpadowi.

Nagłośnia odciętą została z krtani w taki sposób, aby przez brzeg jéj zabliźniony i boczne powierzchnie można było prowadzić cięcia równoległe. Forma skrawków zbliżała się więc do podkowy. Ramię prawe, w którem nastąpiło zabliźnienie, jest 2 razy cieńsze od lewego, którego grubość wynosi około 9 mm. Błona śluzowa powierzchni krtaniowéj pokryta jest dosyć grubą warstwą płaskiego, wielowarstwowego nabłonka z bardzo płytkiemi zagłębieniami, gdzieniegdzie brak ich zupełnie i nabłonek stanowi warstwę równéj grubości. Ma on cechy nowoodtworzonego nabłonka, gdyż w jądrach widać liczne i wyraźne figury karyokinetyczne. Komórki limfoidalne wnikają pomiędzy komórki nabłonka. Pod nim widać rozległy infiltrat drobnokomórkowy. dosyć gruby i dużo komórek plasmatycznych. W niektórych miejscach leżą one całemi smugami, nieco niżéj widać obfity pokład nasięku gruźliczego z licznemi komórkami olbrzymiemi, zawierającemi laseczniki. Wszystkie leżą one jakby w przecięciu kanałów. Ilość naczyń nowowytworzonych bardzo znaczna, w niektórych znalazłem typowe zmiany dla *periarteritis tuberculosa.*

W prawem ramieniu nagłośni widać pod nabłonkiem smugi świeżo wytworzonéj tkanki łącznéj z dużą ilością istoty międzykomórkowéj, prawie jednolitéj, gdzieniegdzie włóknistéj. Komórki jéj są wrzecionowate, z jądrami owalnemi lub wrzecionowatemi, a wśród nich dużo komórek limfoidalnych. Wszędzie na przekroju widać liczne krwionośne naczynia. J e s t t o t y p o w a b u d o w a m ł o d é j t k a n k i b l i z n o w é j, ś w i a d c z ą c é j o r o z l e g ł o ś c i p r o c e s u z a b l i ź n i e n i a. B l i z n a i d z i e p r a w i e d o o c h r z ę s t n é j, s i l n i e i n f i l t r o w a n é j, b e z n a c i e k u g r u ź l i c z e g o. Sama chrząstka mało zmie-

niona. Ilość gruczołów śluzowych w lewem ramieniu dość znaczna, w prawem uległy one zanikowi.

Wogóle lewe ramię preparatu, jakkolwiek obfituje w nowowytworzoną tkankę łączną, przedstawia jednak zmiany gruźlicze wydatniejsze niż w części prawéj, w któréj proces zabliźnienia więcéj był uwydatniony.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Anatomija i klinika białkomoczu w świetle nowoczesnéj patologii.

Na podstawie protokołów sekcyjnych kliniki uniwersyteckiéj w Berlinie.

Skreślił

M. Misiewicz w Łodzi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Białkomocz z niedrożności przewodu moczowego rozmaicie przedstawiać się może, zależnie od miejsca uległego uciskowi lub niedrożności.

a) Utrudnione wydalanie moczu z cewki (przeważnie szyjki pęcherza) wywołuje silne i bolesne parcie na mocz; moczu wydziela się mniéj niż w stanie prawidłowym, ale za to moczenie odbywa się bardzo często. W krążeniu krwi w szyjce występują zboczenia mianowicie przekrwienie bierne, które zwiększa ilość białka, a zmniejsza ilość moczu (odwrotny stosunek zachodzi podczas przekrwienia czynnego) wskutek zmniejszonéj filtracyi, a zmienionego odżywienia nabłonka kanalików[1]). Jak widzimy, białkomocz powstaje tu na tle zmian i stosunków fizycznych, wywołujących obrzęk, dochodzący nieraz do zupełnego zamknięcia światła nietylko szyjki pęcherza moczowego, ale i części błoniastéj i krokowéj cewki *(p. membrano-prostatica v. isthmus urethrae)*. Rozumie się, iż zatrzymanie moczu w szyjce sprowadza zastój w pęcherzu, a zatem i w moczowodach, a niedługo zjawi się i przekrwienie żylne w nerkach ze wszystkiemi następstwami.

Zastoje omawiane powstają albo z powodu zapalenia gruczołu krokowego, (*Prostatitis et Periprostatitis)* albo wskutek zapaleń obokpęcherzowych *(Pericystitis)* pęcherzyków i dróg wywodzących nasiennych, *(Deferentitis)*, u kobiet w zawałach i cierpieniach obok macicznych (*Parametritis)*. Nacieki, guzy, ropnie, wrzody wywołują tu parcyalny, mechaniczny ucisk nie tylko na szyjkę pęcherza moczowego ale i na otwory wylotowe moczowodów. Czasami nawet bez spraw naciekowych lub zapalnych w omawianych narządach wystąpić może białkomocz jedynie wskutek silnego parcia, ciągłych bolesnych kurczów m. zżymacza szyi (*compressor urethrae*) i pęcherza (*sphincter vesicae*) i częstego oddawania moczu (*tenesmus*). Niedostateczność muskulatury pęcherza (*insufficientia vesicae*) sprowadzić również może zastój moczu w pęcherzu i moczowodach a przekrwienie bierne w nerkach. Nierzadko też powodem bywają nieprawidłowo przebiegające rzeżączki. Dopóki sprawa ogranicza się do przedniéj cewki (do jéj zżymacza), dopóty niema ani silnego parcia na mocz, ani białkomoczu; ale niech tylko ona posunie się głębiéj za zżymacza cewki, niech podrażni usadowione tam sploty nerwowe, niech się do tego dołączy zapalenie i obrzęk gruczołu krokowego wzgl. szyjki, niezwłocznie wtedy wystąpi bolesne parcie, a w moczu białko, którego ilość będzie proporcyjonalną do natężenia samej sprawy i drażliwości odnośnych narządów. Ta ostatnia sprowadza nieraz objawy tak groźne, że zalecanie narkotyków okazuje się niezbędnem, a pod ich wpływem, skoro tylko ustąpi ból i zastój moczu, znika białkomocz; charakterystycznem jest jeszcze w téj postaci białkomoczu stałe towarzyszenie oliguryi; ilość moczu na dobę zwiększa się jednak natychmiast po ustąpieniu objawów chorobowych.

Nie potrzebuje więc dowodu fakt, iż w cierpieniach różnych odcinków narządu moczowego, przebiegających z silnem parciem na mocz, powstaje białkomocz jakby spazmatycznie, gdyż ginie razem z ustąpieniem napadów bolu, a różni się nader wydatnie od *Alb. reflectoria* tem, iż nigdy nie występuje bez niedrożności moczowéj.

Bóle, rozchodzące się z międzykrocza do krzyża, obecność białka i ciałek ropnych, ciałek nabłonka drobnego (który zresztą trudno na razie odróżnić od nabłonka nerkowego), mogą nam nastręczyć pewną wątpliwość w rozpoznawaniu co do *Pyelitis*; wtedy kierować się należy ilością na dobę wydalonego moczu, i gdy mamy polyuryą a brak bolesnego oddawania moczu, tenezmów i parcia (dysuryja), to cierpienie miedniczek będzie prawdopodobnem.

b) Jeśli z jakichbądź powodów moczowody zostaną zatkane, wtedy również występują naprzód objawy przekrwienia biernego wskutek zastoju moczu. O ile przekrwienie czynne powiększa ilość moczu, a względnie zmniejsza ilość białka, o tyle przekrwienie bierne nerki daje zupełnie odwrotne stosunki, tj. zmniejsza ilość dzienną moczu, a zwiększa ilość białka. W pierwszem bowiem następuje tylko zmiana w transsudacyi naczyń labiryntu, w zastoju zaś żylnym wskutek zmian odżywienia ulegnie zmianie przedewszystkiem nabłonek kanalików moczowych. Skoro jednak wskutek takich zmian powiększy się ilość białka w moczu, a stosunki anatomiczne między naczyńkami istoty korowéj ulegną zmianie, białko przesączać się zacznie nietylko z naczyniek ale i z kanalików (Senator). Wyjątkowo jednak zdarzyć się może, iż mimo zastoju żylnego transsudacyja moczu żadnéj nie ulegnie zmianie, lecz sprawność tętniczek musi być zupełną; i rzecz skończy się na obfitem wydzielaniu moczu nasyconego silnie moczanami (*Urathaemia*), nie zawierającego białka, obok silnego zastoju w nerkach.

Przy każdym z takich zastojów moczowych kanaliki ulegają rozdęciu, a przestrzenie chłonne rozszerzeniu; w torebkach obieg krwi zwalnia się; ciśnienie filtracyjne spada; mocz staje się skąpym ilościowo, białko zaś obfitem. Nabłonki wydzielnicze podlegają uszkodzeniu, i wkrótce zaczynają wydzielać płyny białkowate. Objawy powyższe ustają natychmiast, skoro tylko zastój na jakiéj bądź drodze usuniętym zostanie, jeśli jednakże trwa dłużéj i wzmaga się w natężeniu, wtedy doprowadza do głębszych i poważniejszych zmian anatomicznych, które poniżéj w krótkości przedstawiam:

Pierwsza seryja preparatów (14). Kłębki wyglądają jakby zgniecione, tubuli opadnięte i podległe uciskowi, przybłonek tych ostatnich w stanie zaniku, lub zwyrodnienia tłuszczowego (9 razy z 14) lub szklistego, (5 razy) nigdy w stanie rozpadu, wtkance łącznéj przeważnie nacieki drobnokomórkowe.

[1]) Patrz: Poszukiwania nad inerwacyją nerki, Nowiny lekarskie 1889 Dr. Misiewicz.

Bardzo rzadko udaje się tu znaleść preparaty z typowym obrzękiem ciałek nabłonkowych lub całych torebek, który, teoretycznie rzeczy biorąc, poprzedzać powinien wszelkie zwyrodnienia.

Druga seryja (8 preparatów). Nabłonki w stanie zaniku lub nekrobiozy. Glomeruli skurczone, *Vas afferens* silnie zwężone, *tubuli contorti* w połowie spadnięte, jakby wypłukane; w 1 przypadku proliferacyja drobnych ciałek wśród światła kanalików. *Collapsus tubul. rectorum.* Tkanka łączna w stanie przerostu.

Niektóre nabłonki w stanie nacieku ziarnistego, rzadziéj jeszcze zupełnie niezmienione, a w tych razach cała sprawa ograniczała się do przerostu i nacieku drobnokomórkowego w tk. łącznéj otaczającéj kanaliki moczowe.

W dwóch preparatach (białkomocz wskutek ucisku tętnicy nerkowéj) znalazłem pierwotny zanik i rozpad nabłonka, *collapsus tubulorum*, który uważać należy za objaw wtórny. Tkanka łączna bez zmian.

Widzimy, iż w sprawach powyższych, wywołanych zastojem moczu, niedrożnością, uciskiem tętnicy nerkowéj, etc., zmiany redukują się przeważnie do objawów zanikowych i zwyrodnień; naciek jest objawem rzadkim, a leukocytoza wcale nie występuje. Ponieważ zmian tych stanowczo odnieść nie można do zapalenia widzimy więc, iż białkomocz istnieje tu bez choroby Brighta, a dostatecznem jest istnienie zwyrodnień wstecznych, np. tłuszczowego lub hyalinowego w nabłonku, i proliferacyi drobnokomórkowéj w przestrzeniach tkanki łącznéj. Podobne zmiany znajdujemy w wszelkich zastojach żylnych jakiego bądź pochodzenia, w uwiądzie starczym i miażdżycy tętnic, z tem zastrzeżeniem, iż w téj ostatniéj sprawa dochodzi często do zesznurowania lub marskości (*Cirrhosis*), choć mogą być i inne zejścia, jak tego dowodzi następujący przypadek Sundberga (*Upsala läkareför. förh.* XXIV. 4. p. 277. 1889).

Przypadek III. 56-letni mężczyzna, pijak, cierpiał w 1874 *delir. trem.* i *epilepsia potatorum*, w roku 1878 otrzymał silne uderzenie w głowę. W kilka lat potem przyłączyły się ataki sercowe; w lutym 1887 dostał napadów kurczowych z bólem głowy, utratą przytomności, wymiotami itd. Serce powiększone, lecz tony czyste; w moczu białko i nabłonki, jako też wałeczki ziarniste i szkliste. W r. 1888 napady zemdlenia, wreszcie insult udarowy, a w następstwie takowego porażenie prawostronne i afazya. Wśród postępowego osłabienia działalności serca nowe napady apoplexyi, wreszcie śmierć 15 Października t. r. z *pneumonia lobularis*. Sekcya: 2/3 górne prawéj nerki skurczone, w postaci odrostka językowatego, lewa nerka niezmieniona. W zanikowi podległéj części tętnice przebiegają wężykowato, ściany ich zgrubiałe; tętnice nerkowe znacznie zwężone i wypełnione skrzepem; na całéj prawie przestrzeni liczne sklerotyczne zgrubienia *intimae*. W tętnicy głównej liczne miażdżycowe gniazda. Serce powiększone i miejscowo zwyrodniałe, (*deg. adiposa*) tętnice wieńcowe zasiane miażdżycowemi piętnami. Badanie drobnowidowe wykazało zgrubienie ścian tętniczek, kłębki w stanie zwyrodnienia (*degen. fibrosa* lub *hyalina*); torebki uległy podobnemu losowi, niektóre kłębki normalne, tubuli wężykowato zgięte, pokryte często niezmienionym nabłonkiem, tkanka międzykanalikowa twarda uboga w ciałka, gdzieniegdzie nabłonek w stanie zaniku, a tk. międzykanalikowa w stanie nacieku, tk. łączna w ogóle cokolwiek rozrośnięta.

Widzimy tu, iż na tle guza miażdżycowego tętnicy głównéj i nerkowych i sprawy zatorowéj powstało zwężenie światła tętnic, które doprowadziło do spraw zanikowych i zwyrodnień i do marskości nerki.

Do tego działu zaliczyć muszę również białkomocz brzemiennych (*Alb. gravidarum*), który uważać należy po części jako objaw zastoinowy, względnie jako wynik zwyrodnienia tłuszczowego (Leyden) na tle utrudnionego dopływu krwi tętniczéj i zastojów żylnych tak w nerce, jak i w moczowodach, po części przyczynia się tu i ucisk zwiększoną macicą na szyję pęcherza wywarty (np. przy zboczeniach macicy) wywołujący niedrożność moczu. Rzadziej daleko napotykamy u brzemiennych zmiany w nerkach podobne do miażdżycowych, a jeszcze rzadziéj objawy chronicznego zapalenia, doprowadzającego do t. z. „dużej białej nerki". H. Held (*Inaug. diss. Jena* 1889), badając nerki brzemiennych, znalazł w kanalikach moczowych masę ciałek limfatycznych, podobnych do takichże ciał znajdowanych w pneumonii nieżytowéj, i przychodzi ztąd do przekonania, iż nabłonek wałeczków w moczu chorych znachodzący się, nie jest produktem złuszczenia z kanalików moczowych, lecz jest częścią tych ciałek limfatycznych, które się nagromadzają w labiryncie wskutek sprawy zapalnéj.

Blanc (*Contrib. à l'étude de la pathogenie de l'Albumin. et de l'eclampsie chez la femme gravide* 1889) sądzi, iż prócz zmiany ze stosunków anatomicznych i zastojów ma miejsce u brzemiennych rodzaj zakażenia wskutek zmian w chemizmie krwi. Znalazłszy w r. 1889 w moczu eklamptycznych kobiet drobnoustroje chorobotwórcze, zaczął starannie badać mocz u kobiet brzemiennych, cierpiących białkomocz, w którym też bez wyjątku znajdował różne odmiany mikrobów, a między innemi najczęściéj bardzo drobne koki i odmianę krótkiego prątka.

Wyhodowawszy je na różnych odżywkach, szczepił królikom, i przekonał się, iż koki były niewinne, prątek zaś wywoływał objawy białkomoczu a nawet nagłą śmierć. Hodowle z moczu kobiet eklamptycznych udawały się trudno lub wcale nie, z krwi zaś przyjmowały się bardzo łatwo, i z takichto hodowli otrzymywał najczęściéj typy krótkiego prątka, który zastrzyknięty do krwi żylnéj sprowadzał za każdym razem objawy białkomoczu, drgawek, zupełne zatrzymanie moczu, a poronienie u królików kotnych. Spostrzeżeniom tym nie możemy przypisywać obecnie zbytniéj wagi, dopóki badania dalsze nie przyczynią się do wyświetlenia téj sprawy, i dlatego też niebędziemy się tu dłużéj zatrzymywali. Nie możemy jednak pominąć milczeniem, iż według naszego zdania tylko niektóre postacie białkomoczu brzemiennych uważaćby można za zakaźne. Po większéj części powstaje on wskutek zmienionych warunków ciśnienia krwi, niedostatecznego odżywienia nabłonka i ścianek tętniczych, i towarzyszy propeptonuryi i peptonuryi. W moczu znajdujemy zwykle skąpe ilości białka i cylindry hyalinowe, a badania drobnowidowe wykazały tu zupełne jednoimienne zmiany ze spostrzeganemi w nerce po zadziałaniu zbyt wysokiéj ciepłoty, po zbytniem parowaniu potu i w ogóle wody z ustroju, koncentracyi moczu etc. niezależnie od jakiej bądź infekcyi.

Przejdźmy teraz do téj odmiany białkomoczu, w którym przeważnie znajdujemy białkany ługowe (*kali albuminat*) czyli do t. z. białkomoczu ropnego wrzekomego nazwanego przez Ultzmanna pyuryą. Najczęstszą jego przyczyną jest zapalenie miedniczek nerkowych i części istoty mózgowéj, ztąd przezwanem zostało słusznie *pyelonephritis*. Zapalenie takie wywołują kamica, grużlica, bąblowiec (w ogóle entozoa), nowotwory; rzadziej napotykamy je wobec nerki ruchoméj, *volvulus* moczowodów i ich niedrożno-

9/V wieczorem zaczęła się regularność, ale tak, że chora o tem nawet nie wiedziała.

10/V pod wieczór były boleści nieznaczne przez dwie godziny.

11/V dtto.

12/V jedenaste posiedzenie. Od rana znaczne boleści i parcie na mocz. Pogorszenie to nagłe odnoszę do forsownego chodzenia, którego choréj w czasie regularności zabroniłem był stanowczo. + 150 M. A. zniosła dobrze, gdyż boleści ustały odrazu i chora czuje się oswobodzoną.

Następnego dnia pokazywały się jeszcze plamy czerwone, które jednak ustąpiły po nocy. Bolesność i parcie dawały się choréj również trochę czuć, ale i te na noc ustawały, śpi zupełnie dobrze.

15/V dwunaste posiedzenie. + 160 M. A. wcale dobrze zniesione. Obrzęk miększy wyraźnie, a sonda pierwszy raz weszła bez silnego nacisku na 5 ctm. do szyi. Krwawienie bardzo małe, ból po posiedzeniu nieznaczny.

Do 19/V utrzymywał się ból dołem brzucha mierny i nieznaczne parcie. Apetyt i sen dobry, chora znacznie lepiéj wygląda.

19/V trzynaste posiedzenie. — 120 M. A. dobrze zniesionych. Silniejszy prąd wywoływał odczyn bólem dolegliwym w krzyżach, przeto nie podnosiłem nasilenia takowego.

Przez dwa następne dni ból był nieco silniejszym, ale krwawienia żadnego. Parcie na mocz utrzymuje się jeszcze, jakkolwiek znacznie słabsze niż poprzednio. Apetyt i stolec dobry, sen przerwanym był w nocy z 19 na 20 maja z powodu bolesności.

22/V czternaste posiedzenie. + 75 M. A. zaledwie zniesionych. Oddziaływała bólem wielkim dołem brzucha i w krzyżach skutkiem czego ponad 75 M. A. nie podnosiłem nasilenia. Obrzęk cały miększy i nieco tylko, ale zawsze cokolwiek poruszalny.

Po posiedzeniu czuła jeszcze ból silniejszy niż zazwyczaj przez parę godzin, poczem jednak tak ustąpił, że chora w zupełnie dobrym humorze utrzymuje, że jest zupełnie zdrową.

25/V piętnaste posiedzenie. + 150 M. A. zupełnie spokojnie zniesionych. W dniu posiedzenia czuje się zazwyczaj zupełnie wolną od wszelkich dolegliwości, potem zaś wracają na kilka godzin lub dzień mierne bóle, ale i te ustępują. Parcie na mocz zaledwie uczuwalne. Apetyt i sen dobry.

2/VI szesnaste posiedzenie. — 150 M. A. zupełnie bez reakcyi. Ból potem bardzo mały, parcie minimalne.

5/VI siedmnaste — 120
9/VI ośmnaste — 180
12/VI dziewiętnaste — 100 } posiedzenie. Nie opisuję ich każdego z osobna, bo żadnéj wybitnéj zmiany nie przedstawiają, a po nich bóle zupełnie ustąpiły, jak również i parcie. Obrzęki na kończynach dolnych znikły zupełnie. Guz chociaż od ścian miednicy nie daje się odsunąć, jest jednak poruszalnym i miększym, krwawień nieprawidłowych ani śladu. Apetyt, sen i stolec zupełnie dobre i chora czując się zupełnie dobrze, gdy jeszcze do tego musiała wracać do domu, mimo zachęty z méj strony, aby jeszcze pozostała, usunęła się z kuracyi. Przebyła tylko jeszcze w Krakowie regularność, która trwała od 12 do 16/VI bez boleści i prawidłowo obfita.

Jakkolwiek powyżéj przytoczony obraz stanu choréj i kuracyi nie przedstawia wyleczenia zupełnego z pierwotnego cierpienia, przedsięwzięty jednak zabieg usunął w zupełności przykre i niebezpieczne objawy. Innego rodzaju leczenia w tym przypadku nie mogłem obierać, a to z powodu, że stan sił choréj zanadto był nędznym, aby ją poddawać jakiejkolwiek bądź operacyi, wobec miejscowych stosunków bardzo niebezpiecznéj, a leczenie środkami aptecznemi i kąpielowemi nie byłoby mogło szybkiego polepszenia sprowadzić, szczególniéj wobec grożącego niebezpieczeństwa przyzwyczajenia się organizmu do wyskoku.

Już po pierwszych posiedzeniach stan tak się poprawił, że chora nie nalegała o podawanie alkoholu i tylko zbawiennemu wpływowi prądu, który szybko nieznośne objawy przytłumił, przypisać należy wyratowanie choréj od nałogu pijaństwa z konieczności.

Ustąpienie bólów i przywrócenie prawidłowéj funkcyi odbytnicy i pęcherza odnoszę do podwójnego pomyślnego wpływu prądu stałego. A mianowicie dodatni biegun wewnętrznie stosowany usunął zmiany chorobowe w błonie śluzowéj macicy, a przez to i krwotoki, a pobudził do silniejszego skurczenia się całego mięśnia macicy i guza; — ujemny zaś ułatwił wessanie wysięków zapalnych i zluźnienie zrostów na obwodzie obrzęku z narządami sąsiedniemi i ścianami miednicy, przywracając tem samem choć małą jeszcze poruszalność guza i lepsze krążenie.

Ta ogólna poprawa stanu choréj wpłynęła również pomyślnie na przywrócenie utraconego apetytu i snu, dodając sił znacznych pacyjentce, która też w końcu czuła się zupełnie dobrze.

Przypadek II. Z. B., lat 25, zamężna od 6 lat. Nie rodziła, ale w pierwszym roku po zamążpójściu poroniła w 3 miesiącu ciąży. Regularność od 15 roku życia dosyć skąpa, zawsze w jednakowych odstępach występowała z znacznemi boleściami i kurczami dołem brzucha. Stan ten po poronieniu tak dalece się pogorszył, że chora wśród regularności, trwającéj 4—5 dni, musiała zawsze leżeć, gdyż boleści i kurcze nie dozwalały jéj ani chodzić, ani stać nawet. Kilkakrotny pobyt w Krynicy i kuracyja tamże nie przyniosła najmniejszéj ulgi, a chora drży po prostu przed nadejściem każdego peryjodu, a z nim cierpień.

Stan ogólny nie zdradza w niczem dolegliwości i zmiany głębszéj chorobowéj, gdyż pacyjentka z wyjątkiem pewnego rozdrażnienia nerwowego i często powtarzającego się zaparcia stolca, nie przedstawia żadnych zboczeń, owszem zdrowo i rzeźwo wygląda. Miejscowo, oprócz przodozgięcia macicy i skutkiem niego zagięcia i kanału szyi, innych nieprawidłowości nie znalazłem. Jajniki i trąbki zupełnie prawidłowe.

Na téj podstawie rozpoznałem: *Anteflexio uteri, sequente stenosi cervicis. Dysmenorrhoea.*

Zaproponowałem też choréj kuracyję prądem stałym, którą przyjęła i stosowanie tegoż rozpocząłem w pierwszych dniach kwietnia 1891 r.

Już po dwukrotnem posiedzeniu, wśród którego ograniczyłem się do nasilenia prądu — 40 i — 50 M. A., regularność trwała dni 4, była obfitszą i z bólami bez porównania mniejszemi aniżeli poprzednio.

Następne 3 posiedzenia odbyłem w d. 14, 17 i 21 kwietnia. Wśród pierwszego z nich (— 75 M. A.) tak jak i wśród poprzednich doznawała chora bólu dosyć nawet przykrego w krzyżach i ściągania dołem brzucha, który się przez dzień następny jeszcze utrzymywał, poczem jednak była zupełnie już swobodną.

Wśród tych też posiedzeń nie mogłem sondy, elektrodę stanowiącéj, wprowadzić do jamy macicy, z powodu bólu, jaki to choréj sprawiało, mimo delikatnego bardzo wprowadzania. Dopiero 17/IV już wśród działania prądu — 75 M. A. udało mi się zgłębnik przez ujście wewnętrzne przeprowadzić, poczem natychmiast ból się zmniejszył i po posiedzeniu nie dawał się tak bardzo uczuwać.

29 kwietnia wystąpiła po raz drugi wśród tego leczenia regularność i teraz tak, że chora o niéj nic nie wiedziała i przez cały czas trwania absolutnie żadnéj dolegliwości nie sprawiała. Nie była też obfitszą.

Dla upewnienia się co do skutków leczenia jeszcze dwa razy t. j. 5 maja (— 75 M. A.) i 8 maja (— 80 M. A.) je zastosowałem i za każdym razem bez ujemnych i przykrych senzacyj. Zgłębnik wchodził bez przeszkody.

Uważając pacyjentkę za zupełnie zdrową, pozwoliłem jéj wracać do domu. W przekonaniu o zupełnem wyleczeniu choréj utwierdził mnie list męża pacyjentki otrzymany we wrześniu b. r., w którym dziękując mi donosi, iż żona od czasu kuracyi absolutnie żadnych cierpień nie doznaje i czuje się tak zdrową, jaką nigdy dotąd nie była.

P r z y p a d e k III. J. K., zamężna, matka trojga dzieci. Ostatni poród przed 5 laty, nigdy nie roniła. Regularność od 17 r. życia w odstępach jednakowych, nie bolesna, mier nie obfita. Czuła się zawsze zdrową, dopiero przed rokiem przebyła zapalenie w dolnéj części brzucha, w połączeniu z wielkiemi boleściami po stronie prawéj. Choroba trwała przez 2 miesiące, a za powód podaje chora zaziębienie podczas miesiączki. Po ukończeniu gwałtownych objawów rozpoczęły się upławy żółte, obfite i uporczywe, największe przed regularności i po niéj. Boleści obecnie chora nie doznaje żadnych.

Stan obecny. Organizm wogóle znakomity. Miejscowo naokoło sromu, na wewnętrznych powierzchniach obu ud i na wargach większych kłykciny kończyste, dosyć liczne, drobne. Przedsionek żywiéj nieco niż prawidłowo zaczerwieniony, obłożony płynem ropiastym, ujście cewki prawidłowe. Wejście do pochwy szerokie, błona śluzowa tejże sucha, dosyć twarda. Część pochwowa nieco niżéj ustawiona, grubsza, dosyć miękka, ujściem szparę poprzeczną tworzącem, ku dołowi zwrócona. Trąbki i jajniki, jak przez badanie skombinowane stwierdzić można, objęte wypociną pozapalną, szczególniéj po stronie prawéj, gdzie trąbka doszła do grubości palca małego; po lewéj trąbka grubości gęsiego pióra. Po prawéj też stronie ucisk wywołuje jeszcze ból. Dodać muszę, że trąbki w całym przebiegu dokładnie dające się wymacać, nie okazywały nigdzie zgrubienia większego, coby mogło naprowadzić na przypuszczenie, że tamże nagromadziła się ropa, lecz były wszędzie jednostajnie grube i twarde. Skutkiem téj wypociny macica w całości większa, grubsza i nieco bolesna jest mało ruchomą. W sklepieniu tylnem żadnych nieprawidłowości.

Z ujścia zewnętrznego wydobywa się obficie ciecz ropiasta, zielonawa, gęsta. Wrzodu nie ma. Upławy te tak są obfite, że mimo bardzo skrupulatnego obmywania się i wstrzykiwania, chora musi najmniéj 6 razy dziennie brać świeżą opaskę.

Chora podaje, że przez trzy miesiące była w kuracyi u jednego ze specyjalistów, który ani trudu ani zachodu nie szczędził, aby przywrócić stan prawidłowy, do pożądanego jednak rezultatu nie był w stanie doprowadzić, upławy bowiem utrzymywały się w równéj mierze.

Rozpoznałem: *Endometritis gonorrhoica, sequente metritide, salpingitide et perisalpingitide praecipue dextra.*

Chcąc wpłynąć dodatnio na zmianę zapalną, według mego przekonania za podstawę mającą gonokoki, postanowiłem zastosować naprzód prąd dodatni w celu zniszczenia tychże i powstrzymania upławów, potem zaś ujemny w celu ułatwienia wessania wysięków pozapalnych i zmniejszenia macicy, przez stan zapalny przewłoczny powiększonéj.

Posiedzenia rozpocząłem w maju.

5/V 1 posiedz. +60 M. A. zniesionych dobrze. Następowo pokazały się dosyć obfite, krwawe ale blade odchody, które z miernemi boleściami trwały do wieczora, t. j. 6 godzin. Dnia następnego chora czując się lepiéj odbyła daleki spacer, wskutek czego wieczorem dostała silnego bólu w krzyżach, który jednak w nocy ustał. Potem stan zupełnie dobry.

8/V 2 posiedz. +100 M A. zupełnie dobrze zniesione. Do wieczora dnia tego ból mierny, szczególnie w boku prawym i obfite bardzo upławy. Na drugi dzień już wszakże skąpsze i co ważniejsza, prawie czysto śluzowe.

12/V 3 posiedz. +100 M A. zaledwie zniesione. Chora przyszła bardzo rozdrażniona. Po posiedzeniu krew się już nie pokazywała, bólu żadnego nie było, a upławy znacznie skąpsze i rzadsze.

16/V 4 posiedz. +100 M A. bardzo dobrze zniesione, chora czuje się swobodną i spokojną. Odciąłem nożyczkami 4 kłykciny, a 4 drobne przypaliłem *c. aceto trichloroacetico.* Po elektryzacyi do wieczora upławy znowu nieco większe. 17 i 18/V ból silniejszy w krzyżach i boku lewym, wraz z pokazaniem się regularności, która w dalszym ciągu aż do 20/V przebiegała bez żadnych dolegliwości nie obfita.

22/V. Badanie wykazuje zmniejszenie się wybitne wypociny po stronie prawéj, a prawie zupełne usunięcie się takowéj w stronie lewéj.

5 posiedz. +100 M. A. bez żadnych niemiłych sensacyj zniesione, prócz nieznacznego bólu w środku brzucha (chora oddawała poprzednio stolec z trudnością i w ilości niedostatecznéj). Po posiedzeniu resztę drobnych kłykcin przypaliłem *cum aceto trichloroacetico.* Po poprzednio usuniętych kłykcinach pozostały tylko małe blizenki białe. Tego samego dnia pokazały się obfite upławy z domieszką krwi, następnego zaś dnia t. j. 23/V ból mierny w krzyżach i po bokach, 24 zaś i 25 stan zupełnie dobry, upławy znacznie mniejsze tak, że pacyjentce wystarcza zmienienie 3 razy na dobę opaski.

26/V 6. posiedz. +120 M A.
29/V 7. posiedz. +120 M A.
2/VI 8. posiedz. +130 M A.

Ani podczas posiedzeń ani też po nich nic nie ma osobliwego do zanotowania, oprócz tego, że obecnie stale już i niezmiennie upławy w równéj mierze się utrzymujące, tylko śluzowy charakter posiadają.

5/V 9 posiedz. —135 M A. bardzo dobrze zniesione. Bólów po posiedzeniu żadnych, czuje się zupełnie swobodną.

Przez następne dni upławy tak się zmniejszyły, że chora nie potrzebowała wcale używać opaski i czuła się bardzo dobrze.

9/VI 10 posiedz. —135 dobrze zniesione, poczem żadnych boleści nie było. Upławy znowu stały się troszkę obfitszemi. Wogóle pacyjentka czuje się bardzo dobrze.

12/VI 11 posiedz. —120 zupełnie dobrze zniesione. Upławy skąpe, śluzowe.

Badanie szczegółowe w tym dniu wykazało: Macicę w całości mniejszą i prawidłowo twardą, nie bolesną. Wysięk z lewego sklepienia ustąpił zupełnie, w prawem zaś pozostały tylko ślady w postaci nieznacznego zgrubienia. Bolesności niema żadnéj.

Ponieważ pacyjentka miała opuścić Kraków, aby następne miesiące spędzić na wsi, przeto kuracyi zaprzestałem, uważając wobec powyższego stanu wyleczenie za kompletne. Uprzedziłem jednak pacyjentkę, że czas jeszcze jakiś upławy mierne będą się utrzymywały, lecz potem ustaną. Dla doszczętnego zaś usunięcia pozostałych resztek wysięku zapisałem gałki jodowe, których poleciłem zużyć 15 sztuk. Wśród całéj téj kuracyi, oprócz wstrzykiwań śródpochwowych $1\frac{1}{2}\%$ roztworu kwasu karb. i zmywań zewnętrznych letnią wodą, chora żadnych leków nie używała.

Rezultat leczenia był najzupełniejszym, gdyż we wrześniu zgłosiła się do mnie pacyjentka, z uciechą opowiadając że upławy całkowicie ustały, bólów żadnych nie ma nawet śród peryjodu, a badanie wewnętrzne okazało przywrócone prawidłowe stosunki części rodnych.

Przytoczyłem tutaj trzy tylko przypadki raz dlatego, że inne albo mam jeszcze w kuracyi, albo też nie byłem w stanie bliższych wiadomości zasięgnąć co do stanu zdrowia leczonych, powtóre, że ograniczyć się musiałem li tylko do przypadków z prywatnéj mojéj praktyki.

W każdym razie, chociaż nieliczne, stwierdzają przebiegiem swoim te zalety, jakie jednomyślnie wpływowi prądu stałego przypisują, t. j. kojenie bólu, tamowanie nieprawidłowych krwotoków, ułatwienie wessania produktów zapalnych i usuwanie łatwe, niebolesne i stałe zwężeń kanału szyi a przez to utrudnionego miesiączkowania.

W leczeniu stosowaniem prądu stałego posługuję się maszyną elektryczną z fabryki Gaiffego z Paryża o 24 elementach Leclancha, które w zupełności wystarczają do roz-

ści wskutek błon wrzekomych (łączno tkankowych), i fałdów błony śluzowéj, zapychających wyjście z miedniczek. Spostrzegano też tę postać po durze i moczówce cukrowéj.

Odznacza się tem, iż nigdy nie towarzyszy jéj ból lub silne parcie na mocz (dysurya), dopóki sprawa nie rozszerzy się z moczowodów na pęcherz i jego szyjkę. Jako przykład weźmy *Pyelitis calculosa:* bóle i parcie na mocz powstają dopiero wtedy, gdy kamienie dostaną się do pęcherza i trwają tak długo, póki one ze strumieniem moczu na zewnątrz wydalonemi nie zostaną.

Wtórne postacie tego zapalenia rozwijają się albo na drodze wstępującéj (z pęcherza lub prostaty) np.: przy *prostatitis (gonorrhoica)*, *pericystitis*, *paresis vesicae*, *hypertrophia prostatae*, guzach posocznicy, błonicy pęcherza moczowego itd. Na drodze zaś zstępującéj sprawa ta rozwinąć się może z *perinephritis*, wysięków i ropni obok nerkowych, obokmacicznych, miedniczkowych itd.

Co się tyczy zmian moczu, to powszechnie w ostrej postaci ilość jego się zmniejsza (oligurya) a ciężar gatunkowy powiększa, odwrotny zaś stosunek zachodzi w postaci przewlekłéj. Z organicznych składników w pierwszéj znajdujemy w moczu: krew i znaczne ilości białka, większe aniżeli te, któreby zależeć mogły od białka surowiczego i ciałek ropy. W osadzie znajdujemy liczną masę ciałek ropnych typowych w tem cierpieniu, wałeczki napełnione białemi ciałkami i nabłonkiem. Ciałka ropne nagromadzają się tu i ówdzie, tworząc cylindryczne zatyczki (*aggregatio*), z *ductus papillaris* najczęściéj pochodzące. W mniejszéj już ilości nagromadza się nabłonek nerkowy z labiryntu. W niektórych nowotworach i ostréj kamicy znajdujemy w osadzie czerwone ciałka krwi i to w typowéj postaci pęcherzyków kulistych cechując krwotok miąższowy i wewnątrzustrojowy. Wskutek zetknięcia się bowiem z gorącym moczem (mocznikiem?) ciałka te nagle obrzękają, zlepiają się w kulki, i wkrótce ulegają rozpadowi. W kamicy znajdujemy nadto typowe kryształki kwasu moczowego, szczawian wapniu, cystinę, węglan i fosforan wapniu etc. W gruźlicy zaś znajdujemy ciałka ropne uległe rozpadowi, rozpad drobinowy i liczne drobnoustroje. Najwięcéj ciałek krwi znajdujemy wobec różnych guzów nowotworów i entozoów np. bąblowca (*echinococcus*).

W postaciach przewlekłych przeważać może ta lub inna część ze składników organicznych, ilość jednak moczu jest znacznie zwiększona (Polyurya), co znajduje objaśnienie w przeroście serca, i zmianie stosunków wzajemnego przesiąkania (osmotycznych) między krwią z jednéj, a choremi kanalikami moczowemi z drugiéj strony.

Białkomocz ropny bywa też często jednym z objawów ropnia nerkowego czyli t. z. *Nephritis interstit. suppurativa.* Na nerce widzimy tu żółtawe smugi, ciągnące się od istoty korowéj ku brodaweczkom, złożone z drobnych ropni wielkości ziarna maku. Postać tę spostrzegałem często w zapaleniu rozwijającem się w następstwie różnych operacyj wykonanych na pęcherzu moczowym, np. z powodu kamicy, guzów itd. W daléj posuniętych okresach zapaleń ropnych znajdujemy miedniczkę silnie rozdętą ropniem, i zlewającą się z resztką zniszczonego już miąższu nerkowego w postaci worka ropą wypełnionego. W kanalikach moczowych drobnowid wykazuje masy bakteryj, i t. zw. cylindry kokowe, prawdopodobnie z pęcherza tu przeniesione, które skłoniły Klebsa do uznania postaci „*Nephritis parasitica*“ i zatoru kokami (*Kokken-Embolie*).

Prócz ciałek ropy znajdujemy w osadzie moczu wałeczki ziarniste, i inne twory organizowane; czasami ilość ich nawet przeważa w osadzie, w innych razach np. w *Pyonephrosis* znajdujemy same prawie masy ropne, wydzielające się od czasu do czasu, przy objawach silnego bólu, w większéj masie. Sprawa doprowadzić może do *Peri-* i *Paranephritis*, i ropień otwiera się na zewnątrz, co ma miejsce najczęściéj w okolicy *m. quadratus lumborum*, albo przechodzi na m. lędźwiowy, wywołując *psoitis*, wreszcie ropień okołonerkowy otworzyć się może nad więzadłem Pouparta; na szczęście rzadko otwiera on się do jamy brzusznéj, trzewowéj a nawet do płuc (Ultzmann).

Ostatnia ze znanych dotychczas postaci, t. z. białkomocz z otrucia (*Alb. toxica*) nie może rościć praw do samodzielności, gdyż objawy jego łacno podciągnąć pod którąkolwiek z powyżéj opisanych odmian białkomoczu. I tak 1) otrucie kantarydyną i kwasem chromowym przypomina ostre zapalenie miąższowe, 2) otrucie ołowiem lub srebrem (przewlekłe) zajmuje przeważnie elementy tk. łącznéj, 3) otrucie fosforem wywołuje zwyrodnienie tłuszczowe, toż samo bywa po otruciu pewnemi ciałami wyciągowemi, 4) otrucie kwasem karbolowym wywołuje zwyrodnienie hyalinowe, 5) otrucie ptomainami na podobieństwo zmian zakaźnych wywołuje zgorzel koagulacyjną, 6) otrucie pierwiastkami żółci, (w chorobach wątroby) sprowadza ostry białkomocz itd.

(Dokończenie nastąpi).

III. Kilka przypadków leczonych elektrycznością podług metody Dra Apostolego.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu grudniowem Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie.)

Podał

Dr. Wład. Harajewicz,

b. sekundaryjusz oddz. położ.-gin. w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Mało który z działów ginekologii może się pochwalić tak bogatą literaturą, jak dział leczenia chorób niewieścich za pomocą prądu elektrycznego.

Nasze jednak piśmiennictwo zupełnie w téj kwestyi zamilkło. Dlatego też mniemam, że kto tylko ma sposobność działania w tym kierunku, winien własnemi spostrzeżeniami podzielić się z swymi kolegami.

Podnoszę to zaś w téj myśli, że chociaż bardzo skromnemi są moje daty, ale wraz z innemi zebrane, mogą choć w części przyczynić się do ustalenia sądu o wskazaniach jasnych do stosowania prądu elektrycznego. Zaraz po powrocie od Apostolego, u którego pod osobistym jego kierunkiem studyjowałem jego metodę, miałem sposobność leczenia 3 przypadków, do różnych działów chorób kobiecych należących i te przypadki obecnie podaję.

A. L. z pod Rzeszowa, lat 26, niezamężna, nie rodziła i nie roniła. Regularność od 18 roku życia z początku samego w połączeniu z miernemi boleściami. W rok jednak po wystąpieniu miesiączki boleści wzmogły się w wysokim stopniu w krzyżach i dołem brzucha, gdzie przybrały charakter kurczowy. Bóle rozciągały się aż w uda; regularność zaś sama była skąpszą. W jakiś czas potem, ale bliżéj przez chorą nie określony, boleści tak się wzmogły,

że nietylko towarzyszyły regularności, ale i bez niéj chorą tak dalece trapiły, że musiała większą część czasu w łóżku spędzać, aby ulżyć nieco męczarniom. Do tego dołączyło się parcie na mocz, które od roku tak się spotęgowało, że chora musi kilkanaście razy na dzień oddawać takowy; zaparcie stolca stałe. Obecnie mniéj lub więcéj także od roku regularność występuje wprawdzie w jednakich odstępach czasu, ale trwa 7—9 dni, ze spotęgowanemi do wielkich rozmiarów boleściami. Temi do ostateczności doprowadzona chora, gdy i spokojne leżenie w łóżku nie sprawia już ulgi dostatecznéj, chwyciła się środka rozpaczliwego i zaczęła alkoholem przytłumiać nieznośne dolegliwości i według własnego podania uczynionego z wielkim wstydem doprowadziła prawie do garnca zwyczajnéj wódki dziennie. Ustawiczne te boleści potęgujące się śród chodzenia dały powód, że chora nie chodzi, ale łazi bardzo powoli skulona i to tylko w razie koniecznéj potrzeby, niczem zaś zajmować się nie może. Do tych cierpień dołączył się też wkrótce brak apetytu i snu, to też chora przedstawia obraz wynędznienia strasznego. Niedokrewna w wysokim stopniu, wychudzona i tak nerwowo rozdrażniona, że wielkiéj potrzeba było cierpliwości i wyrozumiałości, nietylko aby ją do zbadania nakłonić, ale nawet aby się szczegółów przebiegu choroby dowiedzieć.

Stan obecny. Badana po raz pierwszy d. 3/III 1891 przedstawiała obraz następujący: Osoba wzrostu prawie małego, skóra ziemisto blada, na twarzy, nosie i czole mnóstwo plamek czerwonych i krost świeżych (*acne*). Podściółki tłuszczowéj brak zupełny, na kończynach dolnych koło kostek obrzęki surowicze. Błony śluzowe sinawo blade. Klatka piersiowa wązka i szczupła, ale w płucach żadnych wybitnych zmian wykazać nie można. W układzie naczyniowym znalazłem buczenie nad żyłami szyjnemi, tony sercowe głuche i słabe, ale czyste, tętno drobne i słabe, 100 uderzeń na minutę. Powłoki brzuszne tak napięte, że w jamie otrzewnowéj nic absolutnie wymacać nie można, a położenie choréj na wznak z przyciągniętemi do brzucha kolanami i spokojne oddychanie otwartemi ustami, na to napięcie zupełnie nie wpływają. Odgłos wypukowy na brzuchu bębenkowy, tylko pas szeroki na dwa palce nad spojeniem łonowem daje odgłos przytłumiony. Przedsionek blady, ujście cewki prawidłowe. Wejście do pochwy zamknięte błoną dziewiczą, przez któréj środkowo umieszczony otwór palec wskazujący zaledwie przeprowadzić się daje. Błona śluzowa i ściany pochwy zboczeń nie przedstawiają. Część pochwowa maleńka jak ziarno bobu, miękka, słoikowata, zwróconą jest ujściem zewnętrznem zupełnie ku kości krzyżowéj, tworzy półkolistą szparkę, którą końcem palca nakryć można, sklepienia wszystkie nieco wypuklone i twarde, przesuwalne jednak na obrzęku nad niemi umieszczonym, twardym, okrągławym, o gładkiéj powierzchni. Granic tego guza niepodobna oznaczyć raz z powodu twardości powłok brzusznych, a powtóre że tak ściśle przylega do ścian macicy małéj w próżni tejże, że pomiędzy niemi a guzem niepodobna palca wyżéj wprowadzić, Skutkiem tego guz jest zupełnie nieruchomym. Bolesność daje się w każdym badanym punkcie wyśledzić, a największa od spojenia łonowego i od kości krzyżowéj. Położenia ani ułożenia macicy w tych warunkach rozumie się że niepodobna oznaczyć, wszędzie na jednostajny opór natrafiając, od jednolitéj zbitéj masy pochodzący. Badanie przez odbytnicę pozwala wykazać, że guz i do wygięcia kości krzyżowéj przylega zostawiając tylko szparę, przez którą uciśnięta odbytnica przechodzi. W ostatnich czasach, t. j. od 5 miesięcy, oprócz obfitéj regularności występują nieprawidłowe krwawienia.

Na podstawie tego stanu rozpoznałem z wszelkiem prawdopodobieństwem *Tumor fibrosus uteri ad parietes pelvis adhaerens.*

Dodaję tutaj z wszelkiem prawdopodobieństwem, gdyż wyżéj opisane stosunki zupełnie pewnego rozpoznania nie pozwalały. Gdy jednak stan choréj był bardzo nędznym, wykonanie zaś operacyi długiéj, uciążliwéj i trudnéj uważałem w tych warunkach za zbyt ryzykowne, poddałem chorą leczeniu prądem stałym, którego przebieg i wynik podaję.

Leczenie rozpocząłem 4/IV t. r. Usiłowanie wprowadzenia zgłębnika platynowego do macicy okazało się niemożebnem, z powodu niedrożności kanału téjże i nieruchomości guza, więc musiałem się ograniczyć do pozostawienia sondy w szyi, do któréj wprowadzić się dała na $2^1/_2$ ctm. Mimo to po 3 razowem już zastosowaniu prądu (t. j. 4, 7 i 11 kwietnia) w najwyższéj dawce 94 Mil. Amp. +, nieprawidłowe krwawienia ustały, a ból ciągle chorę trapiący zmniejszył się o tyle, że stał się znośnym i chora może nieco swobodniéj chodzić.

14/IV czwarte posiedzenie. Pomimo rozpoczęcia się regularności zaaplikowałem + 100 M. A., które dobrze zniesione wywołały tylko mierny, ściągający ból od pachwin ku dołowi. Bezpośrednio po posiedzeniu dawniejszy ból wyraźnie zelżał i chora czuje się swobodniejszą. Zgłębnik równie tylko na $2^1/_2$ ctm. do szyi daje się wprowadzić.

W następnych dwóch dniach t. j. 15 i 16 kwietnia czuła chora bardzo znaczną ulgę. Mogła swobodniéj chodzić, parcie na mocz wyraźnie się zmniejszyło, a regularność, która dawniéj trwała 7—9 dni, teraz w 5 dniu się ukończyła, była skąpszą z bólami bez porównania mniejszemi i bez skrzepów.

17/IV piąte posiedzenie. Ponieważ krwawienie ustało i uważałem, że dostatecznie już przeciwko niemu prąd dodatni zadziałał, zastosowałem do macicy biegun ujemny, aby przeważnie leczenie zwrócić przeciw bólom jeszcze się utrzymującym, które do pozostałości pozapalnych odnosiłem i w celu usunięcia resztek wypocin. Chora bez żadnego wysilenia zniosła prąd o —130 M. A. Po 5 minutowem posiedzeniu zauważyła bardzo znaczną ulgę.

Od 17 do 24 t. j. przez 5 następnych dni stan jéj tak dalece się poprawił, że boleści prawie wcale uczuwać się nie dawały, parcie było już bardzo małem, a co już po poprzednich posiedzeniach zauważyła, ochota i potrzeba wódki ustąpiła. Mimo tego poleciłem, aby choréj podawano jeszcze od czasu do czasu jakiś wyskowy napój, aby nagłe odsunięcie takowego na stan ogólny nie wywarło złego wpływu. Nie podawano jéj jednak żadnego trunku.

27/IV szóste posiedzenie. 2 noce poprzednie spędziła bezsennie i okazuje znowu silniejsze rozdrażnienie, które odnoszę do odsunięcia alkoholu i do powrotu niezbyt silnych bólów, pieczenia wśród oddawania moczu i skąpego krwawego odpływu. Zastosowałem też + 140 M. A., które dobrze zniosła, poczem 24 i 25 doznawała nieznacznych bólów i krew jeszcze w małéj ilości się pokazywała, lecz 26 i 27 nie było żadnych boleści ani parcia, sen dobry, apetyt lepszy i chora czuła się zupełnie spokojną. Ochoty do wyskoku nie ma żadnéj, wygląda lepiéj. Wyrzuty z twarzy w znacznéj części ustąpiły.

28/IV siódme posiedzenie. +170 M. A. zniosła wcale dobrze, oddziaływała tylko bólem w krzyżach.

Po tem posiedzeniu pierwszy raz od kilku miesięcy oddała stolec sama dosyć obfity, prawidłowy. Do 1 maja boleści i parcie na mocz utrzymują się w bardzo małym stopniu, upławów żadnych. Chora czuje się znacznie lepiéj i swobodniejszą. Obrzęki koło kostek mniejsze.

1/V ósme posiedzenie. +180 M. A. zniesione bardzo dobrze. Po aplikacyi żadnych dolegliwości nie miała.

Od 1 do 5 maja boleści nie było, parcie na mocz jeszcze się utrzymuje, stolec w zupełnym porządku, apetyt i sen dobry.

5/V dziewiąte posiedzenie. +150 M. A. znacznie gorzéj zniesionych aniżeli poprzednie, gdyż ból w krzyżach i nad pachwinami nie dozwolił zastosowania silniejszego prądu. Odtąd aż do 8 maja bólów nie było, parcie na mocz jednakie t. j. bardzo nieznaczne i chora czuje się zupełnie dobrze.

8/V dziesiąte posiedzenie. +150 M. A. zniesionych bardzo dobrze, poczem żadnych znaczniejszych boleści nie czuła, to samo po posiedzeniu. Pierwszy raz w tym dniu zauważyłem, że guz w całości jest miększym, co jednak tylko przez sklepienia wykazać można było, gdyż powłoki brzuszne zostały jak poprzód deskowato twardemi.

winięcia dostatecznéj siły prądu, bo doprowadzić można do 250 M A., które niemal zawsze wystarczają. Dozowanie zaś siły prądu regulować się daje za pomocą czułego galwanometru z tej samej fabryki, który w kształcie małego zegara gdziekolwiek przy maszynie ustawić się daje.

Jako bieguna działającego śródmacicznie używam zgłębnika platynowego, łatwo i dokładnie dającego się czyścić i odrażać, a nie ulegającego rozkładowi pod wpływem prądu.

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby skórne i kiłowe.

Leloir: **Lupus vulgaris erythematoides.**

Pomimo tego, że toczeń pospolity i toczeń rumieniowy są oddzielnemi chorobami, przecież znajdują się jeszcze dermatologowie, którzy im blizkie kliniczne powinowactwo przypisują, uważając toczeń rumieniowy za stan przejściowy w tocznia pospolitego. Zapatrywania powyższe tem się tłómaczą, ponieważ istnieje postać tocznia rumieniowego nietypowa, która jest bardzo podobną do tocznia rumieniowego, i tę nazywa Leloir: *lupus vulgaris erythematoides.* Cierpienie to pojawia się prawie wyłącznie na twarzy, na kończynach nigdy go L. nie widział, tworząc jedno lub więcéj ognisk na jednym tylko policzku. Ognisko takie jest barwy żywo czerwonéj, brzegi jego są nieco ponad powierzchnię skóry zdrowéj wyniosłe, środek zaś, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych, jest cokolwiek zagłębiony. W ognisku znajdują się często galaretowate guzki, podobne do guzków tocznia pospolitego.

Lupus vulgaris erythematoides rozszerza się bardzo wolno i jest nader uporczywem cierpieniem. Dwukrotnie widział Leloir tę odmianę także na błonie śluzowéj warg i zapytuje: czy też we wszystkich przypadkach, w których autorowie tocznia rumieniowego na błonach śluzowych opisywali, nie mieliśmy do czynienia z *lupus vulgaris erythematoides.*

O ściśle toczniowatéj istocie téj choroby przekonywają szczepienia wykonane pomyślnie na zwierzętach i stały wykaz laseczników gruźliczych. Badanie tkanek ustrojowych dowiodło, że we wszystkich przekrojach, zmiany tocznia rumieniowego były powikłane ze zmianami wzorowego tocznia pospolitego. (*Journ. des med. mal. ent. et syph.* T. III.)

Dr. Skobel.

Choroby dzieci.

Ludwik Rabek: **Przypadek postępowego kostnienia mięśni,** *myositis ossificans progressiva.*

Opisany przypadek spostrzegał autor w warszawskim szpitalu dla dzieci u dziewczynki $3^1/_2$ lat liczącéj, u któréj choroba już w pierwszych miesiącach życia rozpoczęła się w postaci kilku twardych guzów na głowie i na szyi tuż pod szczęką po stronie prawéj. Po kilku tygodniach guzy znikły, ale niedługo potem zauważono twarde wyrośle na łopatkach i pewne ograniczenie ruchów rąk. Badanie wykazywało wtedy obok krzywicy przy średnim stanie odżywienia twarde guzy rozsiane w różnych mięśniach ciała, upośledzenie ruchów szczęki dolnéj i obu rąk, oraz pewne przykurczenie tychże. Choroba przedstawiała obraz postępowego kostnienia mięśni. Podstawą téj choroby jest powstawanie w miejsce omięsnéj (*perimysium*) tkanki kostnéj, w następstwie czego zanika tkanka mięsna. Wogóle jest to choroba rzadka, opisano dotychczas 23 przypadków; rozpoczyna się najczęściéj w mięśniach karku zajmujących coraz to nowe obszary mięśni tak, że wreszcie życie skutkiem zniesienia działania mięśni oddechowych i szczęki dolnéj staje się nie możliwe. (*Gaz. Lek.* Nr. 45, 1891.)

Dr. L. Korczyński.

Choroby nerwowe.

Wiederhold: **Neurastenia i żylaki sznurka nasiennego.**

W prywatnym zakładzie w Wilhelmshöhe leczył W. neurasteników cierpiących równocześnie *varicocele.* Za przyczynę neurastenii uważał cierpienie w genitaliach uciskiem żył na nerwy wywołane, przyczem i wpływ na stan psychiczny nie był wykluczony. Chorzy ci cierpieli głównie na podrażnienia i osłabienie układu nerwowego, prędkie znużenie się, niemożność i niechęć pracowania, umysł przygnębiony. W sferze płciowéj zauważyć można było zwiększoną lubieżność, przy *erectio incompleta,* lub *ejaculatio praematura.* U niektórych występowały przeczulice lub objawy znieczulenia pojedynczych członków, zawsze po stronie varicocele. Że choroba ta rzeczywiście była przyczyną zaburzeń w sferze nerwowéj, przekonano się z chwilą skutecznego leczenia żylaków. Za każdym razem, kiedy następowała poprawa miejscowa w mosznach, i objawy nerwowe słabły. Leczenie głównie polegało na stosowaniu prądu jużto faradycznego, jużto galwanicznego wzdłuż sznurka nasiennego za pomocą guziczkowatéj katody, podczas gdy anodę przykładano do górnéj części pachwiny. Leczenie to wspomagały różne procedury wodne, głównie na części rodne skierowane, jak kąpiele nasiadowe zimne, nacierania grzbietu i pachwin i natryski na międzykrocze. Celem leczenia było sprowadzenie skurczenia się żył przez zwiększenie sprężystości ścian żylnych. (*D. m. Wschft.* N. 27. 1891).

Dr. Mendelsburg.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

XV. Posiedzenie z d. 7 listopada.

Przewodniczący kol. Smutny. — Obecnych członków 19. Nowy członek kol. Skalkowski Bronisław. — Jako gość kol. Bednarski.

1) Kol. Świątkiewicz przedstawia chorą z rozległym wrzodem na tułowiu, gdzie rozpoznanie się waha między kiłą, gruźlicą a rakiem. Kol. S. przychyla się do rozpoznania kiły. Rozstrzygnąć może tylko atoli mikroskop.

Kol. Longchamps podaje, że przed kilku laty operował podobny przypadek, gdzie mikroskopem stwierdzono raka, przypuszcza więc to samo w przypadku przedstawionym.

2) Kol. Wehr przedstawia dziecko ze *syndaktylos* na obu rękach, na jednéj operowane sposobem Langenbecka, zmodyfikowanym. W dyskusyi przemawiał kol. Schramm.

3) Kol. Longchamps opisał przypadek gruźlicy jądra w okresie, w którym powłoki nie były jeszcze sprawą chorobową dotknięte. Przypadek ten zasługuje z tego powodu na uwagę, że *in situ* można było stwierdzić zajęcie samego tylko przyjądrza, a jądro mimo siedmiomiesięcznego trwania choroby przedstawiało się zupełnie prawidłowo, tak, że idąc za radą Bardenheuera, należałoby było tutaj ograniczyć się tylko do resekcyi przyjądrza. Prelegent bojąc się jednak pozostawić wraz z jądrem i możliwe nacieki gruźlicze, które klinicznie nie zawsze stwierdzić można, wykonał całkowitą kastracyję. Badanie patologiczno-anatomiczne wyciętego jądra potwierdziło pierwotne rozpoznanie gruźlicy przyjądrza, a nadto wykazało w samem jądrze rozsiane nacieki gruźlicze, wolnem okiem zaledwie dostrzegalne. Przypadek ten może zatem służyć jako przyczynek do kazuistyki leczenia gruźlicy jądra, którą Dürr podał w *Beitr. zur klin. Chir.* Bruns, Czerny itd. *Band VI, Heft 2,* chcąc wykazać, że resekcyja przyjądrza zalecana przez Bardenheuera nie wystarcza, gdyż w $^2/_3$ przypadków gruźlicy przyjądrza jądro było już także zajęte, a jak z niniejszego przypadku widać nawet tam, gdzie klinicznie stwierdzić tego nie było można.

Nadmienić wypada, że u tego samego chorego równocześnie ze zmianami chorobowemi przyjądrza wystąpił na grzbiecie prawéj ręki, tuż po nad stawem nadgarstkowym, guzek, wielkości ziarnka grochu, odpowiadający zupełnie opisanéj przez Riehla i Paltaufa *tuberculosis verrucosa cutis.* Badanie mikroskopowe tego guzka stwierdziło jego gruźliczą naturę. Oprócz podanych tu miejscowych zmian gruźliczych nie można było mimo dokładnego badania w innych narządach nic podejrzanego wykazać. Rana po kastracyi zgoiła się w dziesięć dni przez rychłozrost. Preparaty mikroskopowe pochodzące z tego przypadku przedstawił kol. Wehr.

W dyskusyi zabierali głos koll. Krokiewicz, Schramm i prelegent.

4) Kol. Widmann opowiedział przebieg kliniczny przypadka raka kręgów, którego preparat ma przedstawić kol. Feigel.

Dr. Mukowicz sekretarz.

XVI Posiedzenie Tow. lek. z d. 21 listopada 1891 r.
Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 22.

1) Przewodniczący podaje do wiadomości uchwałę Tow. lek. krakowsk. co do popierania „Nowin lekarskich" i podnosi, że Sekcyja lwowska również pismo to poprzeć powinna. Po krótkiéj dyskusyi przyjęto wniosek kol. Wehra, aby wybrać dwóch kolegów, którzyby się zaraz zajęli zebraniem podpisów lub pieniędzy na prenumeratę i porozumieli się z Redakcyją. Wybrani koll. Stachiewicz i Wechsler.

2) Kol. Ziembicki przedstawia a) chorego, u którego przed sześciu laty wykonał gastrostomiję z powodu zupełnego zarośnięcia połyku po wypiciu jakiegoś żrącego płynu. Chory dotychczas odżywia się zupełnie dostatecznie przez zrobioną mu przetokę; b) chorego z *prolapsus recti* znacznych rozmiarów.

3) Kol. Bărącz przedstawia chorego z obrzękiem w okolicy kości krzyżowéj, gdzie rozpoznanie waha się między *spina bifida* a *teratoma*. Guz powstać miał po uderzeniu w 9 roku życia, zwiększał się powoli lat 6, poczem znów wskutek uderzenia wypłynął z guza tego jakiś płyn i guz znacznie się zmniejszył, jednakże póżniéj zaczął sie powiększać, aż doszedł do pierwotnéj wielkości. Punkcyja strzykawką wykazuje płyn żółtawy. Zupełnie podobny przypadek operował kol. B. u dziecka, gdzie rozpoznał *spina bifida*.

Kol. Longchamps sądzi, że w obec tego, iż obrzęk nie jest wrodzonym, a powstał po uderzeniu, że było pierwotnie *haematoma*, które się otorbiło w cystę.

Kol. Ziembicki jest tego samego zdania, tem bardziéj, że obrzęk ten znacznie większą okazuje ruchomość, niż *teratoma* zwykłe.

Kol. Bărącz przyznaje, że twierdzenie to jest możliwem, tylko wzrastanie guza przeciwko temu przemawia.

4) Kol. Rosenbusch mówił o nawykowem zaparciu żywota. Rzecz będzie ogłoszoną. *Dr. Mukowicz* sekretarz.

XVII Posiedzenie Tow. lek. z d. 5 grudnia 1891 r.
Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 27.

Kol. Szpilman przedstawił szereg mikroorganizmów za pomocą przyrządu projekcyjnego.

Następnie zwiedzono nowe laboratoryjum chemiczne lwowskiego Uniwersytetu. *Dr. Mukowicz* sekretarz.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Stone: Dlaczego plwociny chorych na gruźlicę niszczyć należy?

Ażeby odpowiedzieć na powyższe pytanie, przeznaczył autor do wysuszenia większy szereg plwocin gruźliczych, które trwało trzy lata. Po owem trzechleciu laseczniki gruźlicze zachowały najzupełniéj w zaschniętych plwocinach wszelkie właściwości zabarwiania się, a chociaż siła jadu cokolwiek osłabła, to przecież zupełnie nie wygasła, czego dowiodły doświadczenia na królikach. Odnośnie do tych spostrzeżeń i nadzwyczajnéj odporności prątków gruźliczych, żąda autor, ażeby w każdym przypadku suchot gruźlicze plwociny były doszczętnie niszczone. W tym celu radzi, aby w domach zamożniejszych używano spluwaczek z masy papierowéj, któreby można wraz z treścią w piecu spalić; biedniejsi mogliby sobie z papieru zwykłego odpowiednie zbiorniki przyrządzać. (*Hygien. Rundsch.* 1891, 22.)

Dr. Skobel.

J. Sznabl: Uwagi nad zdrowotnością rasy semickiéj w Warszawie.

Korzystając ze statystycznéj pracy Dra P. Troickiego o zdrowotności Warszawy w r. 1881, porównywa autor stosunki hygijeniczne pojedynczych obwodów warszawskich i idący z niemi najczęściéj w parze procent śmiertelności mieszkańców. W rozprawie téj znajdujemy potwierdzenie słusznego zapatrywania, że na częstość chorób wpływają prócz mniéj lub więcéj korzystnych warunków zdrowotnych także własności indywidualne i rasowe i to nawet w tak znacznym stopniu, że równoważą w zupełności działanie złych stosunków sanitarnych. Dowodem tego dla Warszawy jest obwód Bielański, zamieszkały w 9/10 przez żydów. Obwód ten najgęściéj zaludniony, niezkanalizowany, posiadający znaczną ilość jednoizbowych, ciasnych, wilgotnych i ciemnych mieszkań w suterenach, wykazuje najmniejszy, bo tylko 19,3 wynoszący procent śmiertelności, która nawet wtedy była mniejszą aniżeli w innych obwodach, gdy przed zaprowadzeniem wodociągów ludność posługiwać się musiała wodą wiślaną lub lichą, niezdatną do picia wodą studzienną. Mały ten procent tłomaczy autor w znacznéj części odrębnemi właściwościami rasy semickiéj, które ją stawiają w korzystniejszych warunkach. I tak znaną jest wielka dbałość żydów o zdrowie, szczególnie o zdrowie dzieci, które wobec braku licznych przesądów zakorzenionych pomiędzy biedną ludnością chrześcijańską nakazuje wzywać wcześnie pomocy lekarskiéj. Stosunki materyjalne średnio biorąc lepsze są pomiędzy żydami, a co za tem idzie odpowiedniejsze pożywienie i korzystniejsze warunki hygijeniczne. To też dzieci żydowskie wśród tych warunków mniéj chorują i mniéj umierają. Wymienia tu autor inne jeszcze czynniki, jak wstrzemięźliwość żydów, zachowanie spokojne kobiet ciężarnych, wreszcie pewną rasową akomodacyję do mniéj dobrych stosunków sanitarnych, w jakich żydzi od wieków żyli. — Odnośnie do warunków ściśle terytoryjalnych podnieść jeszcze wypada nieznaczną ilość mieszkań w sąsiedztwie kloak, większe oddalenie od cmentarzy i mniejszą ilość pomieszkań o jednéj izbie zajmowanych przez żydów. Wszystkie te czynniki razem wzięte mogą i rzeczywiście wpływają na zmniejszenie śmiertelności wśród żydów. (*Medycyna*, Nr. 4, 1892.) *Dr. L. Korczyński.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 marca. Gdy po ogłoszeniu artykułu p. Dra Kadyjego z Jasła, w Nrze 52 pisma naszego w r. 1891, pomimo dodanéj uwagi od redakcyi i pomimo nie wymienienia przez autora nazwiska kolegi, przeciw któremu polemizował, nadeszła odpowiedź p. Dra Cięglewicza z Jasła, który uważał się za zaczepionego w owym artykule, oświadczając, że zarzuty tamże podniesione tyczyły się jego osoby, uważaliśmy za rzecz właściwą umieścić tę odpowiedź, aby koledze zaczepionemu dać sposobność do obrony, a kierując się względami słuszności ogłosiliśmy odpowiedź tę w Nrze 5 z r. b., jakkolwiek wobec nawału artykułów ważniejszych, kwestyja sporna pomiędzy dwoma wspomnionymi kolegami zdawała nam się być wagi podrzędnéj. Tymczasem ku wielkiemu naszemu zdziwieniu po ogłoszeniu téj odpowiedzi otrzymaliśmy w téj saméj sprawie artykuły od dwóch innych kolegów, z których każdy podaje, że on został zaczepionym przez Dra Kadyjego, a wreszcie replikę samego Dra Kadyjego. Otóż obawiając się, że jeszcze więcej kolegów może zgłosić się jako zaczepieni, a wobec tego, że w pierwszym artykule nikt imiennie nie został zaczepionym, nie wiedząc, przeciw komu właściwie artykuł ten był wymierzony, gdy zresztą liczne cenne prace zalegają w tece naszéj, których dla braku miejsca prędko ogłosić nie możemy, a i tak drukujemy więcéj, aniżeli dawać jesteśmy obowiązani, widzimy się zmuszonymi oświadczyć, że w sprawie téj mało ważnéj nikomu więcéj głosu nie dajemy, uważając ją tembardziéj za wyczerpniętą, że ktokolwiek rzeczywiście był zaczepionym, o naszem zapatrywaniu na sprawę sporną przekonać się mógł z dopisku w Nrze 52 umieszczonego.

* W tygodniu 8-ym (od 21—27 lutego) było w Krakowie małżeństw 24, urodzeń 79, skonów 50, z tych z gruźlicy 11, z zapalenia płuc 11, z dławca i błonicy 3, śród porodu 2, z odry 1, z płonicy 1, z duru brzusznego 1.

* **Odznaczenie.** Profesorowie wiedeńscy Gustaw Braun, Kahler i Kaposi otrzymali krzyże kawalerskie orderu

Leopolda, a prymaryjusz Dr. Standhartner tytuł radzcy dworu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 16 marca o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.)*. Porządek dzienny: 1) Wnioski Komisyi przemysłowo lekarskiéj; 2) kol. prof. Obaliński przedstawi kilka przypadków przez siebie operowanych; 3) kol. prof. Gluziński będzie miéć odczyt: „O blednicy i jéj leczeniu“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 19 Marca 1892. Nr. 12.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardziela i krtani.

Skreślił

T. Heryng w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11.)

Spostrzeżenie 3. J. W. farmaceuta, lat 26 liczący, zachorował w lutym 1888 roku. Choroba zaczęła się od chrypki, kaszlu, dreszczów, potów i utraty apetytu, do czego przyłączyło się później stopniowe wychudnięcie. Dokonane już wówczas badanie plwocin wykazało obecność laseczników. Kaszel trwa już od lat 4, występuje jednak z przerwami. W roku 1885 przebył chory dość silny krwotok; odtąd datuje się skłonność do katarów oskrzeli. Innych chorób nie przebywał. W rodzinie na suchoty nikt nie chorował; jedna siostra cierpi na wadę serca. Pacyent zgłosił się do mnie 3. czerwca 1888 r. Był licho odżywiony i miał silną chrypkę. Badanie wykazało w płucach nieznaczne przytłumienie w prawym wierzchołku. Nagłośnia, więzy boczne i tylna ściana krtani były zupełnie prawidłowe; struny fałszywe również prawidłowe; struny głosowe prawdziwe zgrubiałe i owrzodzone przy brzegach. W innych narządach zmian ważniejszych nie wykryłem. Na ból przy łykaniu chory się nie uskarżał; nie gorączkował; apetyt miał dobry. W miesiąc później przyłączył się nowy objaw: tj. na strunie fałszywéj lewéj wytworzył się naciek gruźliczy, połączony z niewielkiem jej zgrubieniem.

Leczenie polegało na podawaniu krezotu w dużych dawkach, miejscowo używałem 20% rozczynu mentolu. Po 3 tygodniach z powodu zupełnego braku poprawy przystąpiliśmy do energicznych wcierań kwasu mlecznego 80%. Chory obdarzony niezwykłą cierpliwością i wytrwałością wybornie je znosił. Pomimo 15 wcierań głos chorego pozostał ochrypłym a wejrzenie owrzodzeń wcale się nie zmieniało. Z powodu powiększającego się obrzęku struny fałszywéj, która przykrywała strunę głosową, wykonałem rozcięcie kieszonki Morgagniego nożykiem, którego opis podałem w innem miejscu. Chciałem sobie za pomocą téj operacyi ułatwić dostęp do wnętrza torebki i zniszczyć znajdujące się tamże złogi gruźlicze. Rana zagoiła się już w kilka dni, obrzęk się zmniejszył i struna prawdziwa uwydatniła się (20/VII). Chory wyjechał na wieś na 6 tygodni i wrócił w początku września ze znaczną poprawą stanu ogólnego. Głos jednak pozostał ochrypłym, a owrzodzenia strun nie wykazywały najmniejszéj dążności do zabliźnienia.

Ponowne 10 krotne stosowanie wcierań kwasu mlecznego nie odniosło znów żadnego skutku. Struna głosowa prawa w formie wałka o brzegu zaokrąglonym, na górnéj powierzchni ziarnista, drobnemi granulacyjami pokryta, w okolicy wyrostka głosowego przedstawiała się zgrubiałą, nierówną, zniekształtnioną. W daleko wyższym stopniu te same zmiany występowały na strunie lewéj.

Postanowiłem po tylu niefortunnych próbach uciec się do działania elektrolizy. Jako narzędzia użyłem elektrody strzemiączkowéj Katemanna. Po dokładnem znieczuleniu krtani przyłożyłem elektrody do przedniéj części struny na górnéj powierzchni i puściłem strumień galwaniczny, dochodząc stopniowo do 14 elementów Stöhrera przez jedną minutę. Już podczas aplikacyi dało się słyszeć charakterystyczne syczenie rozkładającéj się tkanki. Wytworzył się strup biały, mięsisty, który zlał się z niezwłocznie wytworzonym strupem w tylnym odcisku krtani. Struna znacznie ścieńczała, brzeg stał się ostrzejszym. Wytworzone w ten sam sposób strupy i na drugiéj strunie trzymały się dziewięć dni. Na 9. dzień pomimo jednolitych miękkich strupów można było zauważyć, że struny stały się cieńsze, a brzegi nabrały wyrazistości. Nadmienię, że ani bólu, ani reakcyi zapalnéj, ani ropienia nie było. Chory ze znaczną poprawą głosu Warszawę opuścił.

Spostrzeżenie 4. R. J. lat 45, negocyjant, zachorował w styczniu r. b. na silny ból przy łykaniu i chrypkę, która stopniowo się powiększała. Uporczywy kaszel, obfite odplu wanie i ogólne osłabienie zmusiły go do szukania porady. W rodzinie jego na suchoty płucne nikt nie zapadał. On sam nigdy krwią nie pluł, ani zapaleń płuc nie przebywał. W roku 1878 wytworzył mu się wrzód krtani, w strunie fałszywéj, wrzód przeciąłem i ropę zeń wypuściłem. Sprawa wówczas zakończyła się szybkiem wyzdrowieniem. Kiedy po raz pierwszy badałem krtań Insterkiem w styczniu 1889 r., zauważyłem tylko znaczniejsze uwydatnienie guza nagłośni. Ponieważ nagłośnia była dość silnie ku tyłowi opuszczoną, dopiero przy wydawaniu wysokich tonów zmiana ta stała się widoczniejszą. Sam guz był więcéj formy ostrokręgowéj, gładki i pokryty błoną śluzową, silniéj zaczerwienioną od otaczających części. Gdyby nie kilka bledszych, nieco żółtawych na nim guziczków, można by ze względu, że guz

nagłośni bywa czasami silnie rozwinięty, cierpienie przeoczyć, tembardziéj, że inne części krtani przedstawiały się zupełnie prawidłowo. Badanie plwocin zawierających nie tylko liczne laseczniki, lecz i włókna sprężyste, wyświetliło rzecz całą tembardziéj, że w lewym szczycie znalazłem oddech nieokreślony, na lewéj zaś łopatce oskrzelowy. Prawe płuco od tyłu przedstawiało oznaki, właściwe chronicznym sprawom gruźliczym. Pomimo to pacyjent nie gorączkował, nie chudł, nie pocił się, a apetyt miał wilczy.

Leczenie krtani rozpocząłem od wcierań kwasu mlecznego. Guz szeroki na jakie 8 mm., 5—6 mm. gruby po kilku wcieraniach wcale się nie zmniejszył; przeciwnie w skutek reakcyi zapalnéj uwydatnił się jeszcze bardziéj. Po miesiącu bezowocownych usiłowań spróbowałem usunąć naciek za pomocą ostréj łyżeczki. Rezultat był mało zadowalającym z powodu twardości tkanki, jak również dlatego, że naciek zajął widocznie już głęboko położone gruczoły śluzowe. Postanowiłem zniszczyć go za pomocą galwanokauteru. Dwukrotne energiczne przyżegania zmniejszyły go, ale tylko częściowo. Wtedy, w miesiącu maju, wyczerpawszy cały arsenał używanych w tem cierpieniu środków, przystąpiłem do elektrolizy głównie dlatego, że na obydwóch strunach głosowych pojawiły się nacieki gruźlicze, a na prawym wyrostku głosowym niewielkie trójkątne owrzodzenie. Nastąpiła więc, poczynając od nagłośni, dalsza infekcyja krtani.

Z początku używałem strzemiączkowéj elektrody Kafemanna, odpowiednio zmodyfikowanéj; użyłem 16 M. A. przez 30 sekund. W kilka dni późniéj, gdy strup odpadł, powtórzyłem ten sam rękoczyn, używając 30 M. A.

W 10 dni późniéj strup odpadł, guz bardzo znacznie się zmniejszył i pokryty był szarym nalotem. Dopiero 20 czerwca nastąpiło zupełne zabliźnienie. Trzykrotnie jeszcze stosowałem na struny prawdziwe gruźliczo zwyrodnione strzemiączkową elektrodę. Rezultat jednak nie był zupełnie zadowalającym, gdyż owrzodzenia zabliźniały się w jednem miejscu, na wyrostku zaś głosowym drążyły w głąb, późniéj zaś w dwa miesiące pokryły się soplami ziarniny. Nastąpił wtedy szereg żmudnych operacyj, mających na celu zniszczenie owéj granulacyi bądź żegadłem, bądź kwasem mlecznym.

Okazało się, że wyrostek głosowy uległ zmartwieniu i sterczał na dnie owrzodzenia. Należało nożykiem rozszerzyć jamkę i kleszczami ostremi część chrząstki zniszczonéj usunąć. Głos naturalnie pogorszył się, lecz stan ogólny nie ucierpiał wcale. Recydywy na guzie nagłośni aż do końca października nie zauważyłem.

Chory przez czas pewien nie leczył się wcale, gdy w grudniu 1891 zjawił się u mnie w domu, znalazłem stan ogólny bez zmiany ku gorszemu, również jak i stan płuc, natomiast obie struny fałszywe były infiltrowane a nad wyrostkiem głosowym pojawiły się sople ziarniny. Naciek struny fałszywéj lewéj zniszczyłem za pomocą elektrolizy i to samo mam zamiar uczynić ze strony prawéj.

Efekt ostatniéj operacyi elektrolitycznéj o tyle jest dobry, że widać po prawéj stronie po zniszczeniu nacieku strunę prawdziwą zgrubiałą lecz nie owrzodzoną. Nagłośnia w okolicy guza Morganiego przedstawia białawą bliznę, dotąd nie okazuje skłonności do recydywy. Głos pomimo rozległych zmian gruźliczych jest względnie dość silnym. Przełykanie jest mało bolesne. Pacyjent pozostaje daléj w obserwacyi.

Spostrzeżenie 5. S. B., lat 41, wstąpił do naszego oddziału dnia 13/V 1891, z powodu zupełnéj afonii i utrudnionego przełykania. Choroba zaczęła się przed 3 laty od zapalenia płuc, do którego dołączyło się prawostronne zapalenie opłucny. Chrypka i dysfagija trwają od pół roku. W płucach stępienie w obydwóch szczytach, również i w *fossa supraspinata sinistra.* Od przodu oddech oskrzelowy, liczne drobne rzężenia. Od tyłu rozsiane krepitacyje, głównie z lewéj strony.

W krtani: nagłośnia w trójnasób zgrubiała, zupełnie ku dołowi opuszczona, blado-żółta, bez owrzodzeń. Zgrubiałe struny fałszywe przykrywają prawdziwe. Cała tylna ściana zarówno jak i więzy boczne silnie naciekłe. Z powodu zgrubienia tylnéj ściany struny ze sobą się nie schodzą. Owrzodzeń nigdzie nie znaleziono.

Stan ogólny lichy, jakkolwiek chory nie gorączkuje, poci się jednak w nocy. Chudnie, kaszle dużo. Odrzuca plwociny bogate w laseczniki.

Dnia 22/V przystąpiliśmy do elektrolizy nagłośni.

Na pierwszem posiedzeniu użyto 22 M. A. przez 3 minuty. Igłę podwójną Voltoliniego wkłuwano w trzech miejscach nagłośni, aż do utworzenia grubego mięsistego strupa, który odjęty został w całości po 8 dniach. Miał on blisko 2 ctm. szerokości, był na 1 ctm. wysoki, około 4 mm. gruby. Zawierał na przecięciu znekrotyzowaną chrząstkę nagłośni, pokrytą z obu stron strzępami zniszczonego gruźliczego nacieku.

Po 2 tygodniach na kikucie nagłośni pokazały się granulacyje, które powoli zaciągały się blizną Sama procedura nie była bardzo bolesna. Nie uzyskaliśmy jednakże poprawy co do przełykania, gdyż przy połykaniu płynów chory często się zakrztuszał.

Kilkakrotnie stosowałem jeszcze elektrolizę u tegoż chorego zarówno na tylnéj ścianie i na strunach fałszywych używając do 60 M. A.

Postępujące wyniszczenie ogólne nie dozwoliło nam kuracyi prowadzić daléj, gdyż na własne żądanie chory się wypisał ze szpitala i wyjechał na wieś.

Oprócz opisanych powyżéj 5 przypadków stosowaliśmy elektrolizę jeszcze u 5 chorych, a mianowicie w cierpieniach nagłośni dwa razy, raz w nacieku strun fałszywych, dwa razy w nacieku ściany tylnéj. Rezultat pomyślny, t. j. zabliźnienie uzyskaliśmy dwa razy na nagłośni i raz na strunach fałszywych.

Stosowanie téj metody w nacieku ściany tylnéj okazało się w jednym przypadku mało pożytecznem, gdyż kiureta dawała nam szybsze i dokładniejsze wyniki. W drugim przypadku efekt był o wiele lepszy, gdy użyłem do zniszczenia prądu o 60 M. A.

W gruźliczych naciekach nagłośni trzymam się następującéj metody.

Stosownie do tego, czy sprawa występuje ostro, t. j. z wybitnemi objawami zapalenia, czy też chronicznie, wskazania są następujące:

1) Jeżeli proces rozpoczyna się na przedniéj powierzchni nagłośni żywem zaczerwienieniem bł. śluzowéj i obrzękiem zapalnym, a sprawa ściśle ograniczona do górnego jéj odcinka, wskazane jest szerokie i śmiałe rozcięcie całéj części nadjęzykowéj ((*pars suprahyoidea*).

W formach chronicznego nacieku, jeżeli takowy jest jednostronnym, należy podwójną kiuretą usunąć części infiltrowane i uczynić to doszczętnie. Zabliźnienie następuje w bardzo krótkim czasie, bóle przy połykaniu bardzo szybko ustępują. Jeżeli cała nagłośnia jest infiltrowaną i owrzodzoną na wewnętrznéj powierzchni lub pokryta ziarniną, najskuteczniejszem okazuje się łyżeczkowanie wewnętrznéj powierzchni. Obrzęki szybko się zmniejszają, nagłośnia cienieje i jakkolwiek zabliźnienie nie jest zupełne, dysfagija jednak znakomicie się zmniejsza. Wskazania do zupełnego odjęcia nadjęzyczkowéj części nagłośni znajdujemy wtedy, gdy kraterowe owrzodzenia pewną część już zniszczyły lub owrzodzenie zajmuje górną powierzchnię nagłośni i przy przełykaniu wywołuje silne bóle, kaszel i krztuszenie się. W takich razach należy baczną zwrócić uwagę na stan ściany tylnéj i strun fałszywych. W razie, gdy przy fonacyi powstaje niedomykalność, zależna czy to od nacieku tylnéj

ściany, czy od zajęcia stawów crico-arytaenoidalnych, odjęcie górnéj części nagłośni jest przeciwwskazane, gdyż płyny zamiast być skierowane po bokach krtani (*fossae pyriformes*) wprost z nasady języka wlewają się do krtani i przez niedomkniętą szparę do oskrzeli i płuc. Ma to miejsce najczęściéj w rozlanych naciekach górnego odcinka krtani, wobec których interwencyja chirurgiczna pożytku przynieść już nie zdoła.

Przystępuję teraz do opisu przypadku gruźlicy języka, który w ostatnich miesiącach spostrzegałem u siebie w oddziale i leczyłem za pomocą elektrolizy.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza.

O pasorzycie zimnicy.

Studyjum kliniczno-etyjologiczne.

Podali

Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Stefan Blatteis.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Do pierwszéj tak Cellego jak Felletego rodziny należą regularne, do drugiéj nieregularne, atypowe zimnice.

Plasmodium śródciałkowe napotykamy we wszystkich przypadkach ostréj zimnicy typowéj, rzadziéj w zimnicy nieregularnie przebiegającéj.

Opis rozwoju pasorzyta śródciałkowego poprzedzamy przytoczeniem pewników przez Golgiego podanych a przyjętych przez wszystkich badaczy włoskich i francuskich.

Pewniki te opiewają:

1) Każdy napad zimniczy zależy ściśle od rozwoju jednéj generacyi pasorzyta.

2) Napad jest następstwem dojrzewania jednéj generacyi.

3) Nasilenie napadu zimniczego pozostaje w prostym stosunku do ilości pasorzytów w krwi się znajdujących.

Chcąc śledzić rozwój tego tworu najlepiéj brać pod obserwacyję przypadki napadu zimniczego typowego, pojawiającego się regularnie o jednym czasie. Nadaje się do tego forma zimnicy trzeciaczkowa, a jeszcze lepiéj czwartaczkowa.

Formy codzienne można raczéj uważać za zakażenie zimnicze mięszane, spotykamy się tu bowiem często z pasorzytami w rozmaitym stopniu rozwoju. Badać możemy ten pasorzyt albo we krwi niezabarwionéj albo też przy użyciu barwików.

W celu śledzenia tego rozwoju należy użyć stolika ogrzewanego do ciepłoty 38—40° C., gdyż bez takiego ogrzania ruchy pasorzyta nader krótko trwają i nader są niewyraźne. Krew bierzemy z palca, który po należytem obmyciu wodą i eterem nakłuwamy cienkim skalpelem, kroplę krwi zdejmujemy na szkiełko przedmiotowe przez samo dotknięcie się niem, przykrywamy szkiełkiem nakrywkowem i brzegi jego oblewamy dokładnie parafiną. W ostatnich czasach używaliśmy sposobu badania krwi podanego przez Plehna, w olejku parafinowym. Istotnie krew przy tym sposobie utrzymuje się w niezmienionym stanie przez dwa do trzech dni, a jasność pod drobnowidem jest większą.

Postępowanie jest następujące: Na szkiełku przedmiotowem zakreśla się kółko parafiną lub szelakiem, przez co powstaje niejako kamera o bardzo małéj wysokości. Na dno kamery puszcza się olejku parafinowego a taką samą jego kroplę puszcza się na szkiełko nakrywkowe. Kroplę krwi puszcza się na kroplę olejku parafinowego i przykrywa kroplą na szkiełku nakrywkowem się znajdującą. Dobrze jest w tym celu używać szkiełek nakrywkowych dużych.

Również możemy obserwować ruchy pasorzytow w preparatach barwionych. Wpuszczając kropelkę krwi na kroplę surowicy zabarwionéj błękitem metylenu, umieszczonéj na szkiełku przedmiotowem uciskamy szkiełkiem nakrywkowem.

Plasmodium w takim preparacie zabarwia się pięknie lazurowo, a badane na ogrzewanym stoliku zachowuje przez jakiś czas ruchy i pozwala dokładnie spostrzegać wszelkie szczegóły w swéj budowie. Pasorzyt zimniczy wogóle posiada wielką czułość na barwiki anilinowe zasadowe a odmienne od innych składników morfotycznych krwi; zabarwienie jakie przeróżnemi kombinacyjami kilku razem barwików osiągamy, dozwala łatwo i już pod mniejszem powiększeniem rozpoznać pasorzyt i rozmaite formy jego rozwoju rozróżnić.

Największą doń mają elekcyję, jak już wyżéj powiedzieliśmy, barwiki zasadowe i każdy z tych daje się użyć. Używając barwika kombinowanego z barwika kwaśnego (eozyna, *aurantium*, *orange*) i z barwika zasadowego (błękit metylenu, zieleń metylenowa, wezuwin), widzimy, że eozyna dzięki swéj elekcyi do ciałek czerwonych krwi, zabarwi je na czerwono (*aurantium* na żółto), błękit zaś metylenowy posiadając wysoką elekcyję dla jąder ciałek białych, zabarwi je na silnie granatowo, mając zaś słabszą elekcyję dla pasorzyta nada mu kolor lazurowy.

Kombinacyję dobrą, któréj używamy z powodzeniem, a która pozwala w kilku minutach otrzymać dobre preparaty, jest: Rp. *Solutionis aquosae saturatae methyleni coerulei 10.00, Eosini* (*aqua solubil.*) *0.50, Spir. vin. absol. 15.00,* S. 5—15 minut barwić, poczem opłukać wodą przekroploną.

W tym celu powlekamy cienką warstwą krwi szkiełko przedmiotowe w ten sposób, iż kroplę krwi na niem umieszczoną szybko pręcikiem szklanym na niem rozpościeramy i nad płomieniem 5 do 10 razy przesuwamy, następnie nalewamy na to barwika i trzymamy w nim 5 do 10 minut, po spłukaniu go wodą i wysuszeniu utrwalamy preparat w laku damarowym.

Aczkolwiek przeciąganie krwi na szkiełku rozprowadzonéj przez płomień zupełnie wystarcza, to jednak chcąc dokładne i szczegółowe otrzymać preparaty, lepiéj jest zanurzać szkła takie na 5 do 15 minut do wyskoku.

Chcąc jednak studyjować rozwój pasorzyta, najlepiéj jest badać krew świeżą. Rozpatrujemy ją na stoliku ogrzanym od 38 do 40° C. Biorąc krew chorego na typową czwartaczkę w jakiś czas po dreszczu spostrzegamy już to mniéj, już to więcéj liczne ciałka małe, $^1/_{10}$ do $^1/_4$ wielkości ciałka czerwonego mające, o ruchach wybitnych żywych, które zabarwione okazują po jednéj do trzech wypustek, nadto widzimy w ciałkach czerwonych krwi ciałka białe małe, wyraźnie przy zabarwieniu występujące. Z form tych wytwarza się dojrzałe *plasmodium*.

Do rozwoju *plasmodium* potrzeba dwóch, trzech, czterech, pięciu lub więcéj dni i odpowiednio do tego mamy zimnice trzeciaczki, czwartaczki, zimnice o dłuższych lecz regularnych przerwach. Analogicznie do spostrzeganego we świecie roślinnym zjawiska, iż zarodniki w pewnym oznaczonym czasie dojrzewające potrzebują w odmiennych warunkach do tego rozwoju jużto dłuższego jużto krótszego

czasu, widzimy, że i pasorzyt zimnicy czasem z przyczyn w ustroju tkwiących potrzebuje niejednostajnych odstępów czasu do swego rozwoju, wywolując atypowe zimnice.

Badając krew na drugi dzień po dreszczu, widzimy w ciałkach czerwonych krwi plasmodia te jako ciałka błękitem dobrze się barwiące, nieco od poprzednich większe, o kształtach nieregularnych i zawierające drobne złogi barwika krwi melaninu jako drobne punkciki. W małéj ilości widzimy ciałka takie w krwi wolno pływające.

Z biegiem czasu coraz to większą liczbę pasorzytów można widzieć w ciałkach czerwonych, a zmniejsza się ilość ciałek drobnych, wolno w krwi pływających. Wielkość niektórych pasorzytów dochodzi już do połowy lub do trzech czwartych wielkości ciałka czerwonego.

Pierwoszcze (protoplasma) pasorzyta bledszem jest co do barwy od reszty ciałka czerwonego. Kontury jego nie są zbyt ostro ograniczone, przy odpowiedniem jednak ustawieniu widzieć można dokładnie kontury jego nawet w niebarwionym preparacie. Kształty jego są najrozmaitsze. Wśród pasorzyta widzimy strąty melaninu drobne w postaci punkcików lub laseczek, barwy od ciemno-żółtéj począwszy do ciemno-brunatnéj. Strąty te są najliczniejsze na obwodzie tak, iż tworzą wianuszek oddzielający niejako pasorzyt od reszty ciałka czerwonego. Ciałka czerwone zawierające *plasmodium* barwą swoją różnią się od innych, są bowiem o wiele bledsze z powodu, że hemoglobina coraz to bardziéj ulega rozkładowi przez *plasmodium. Plasmodium* to okazuje czasem rzęski i wykonywa ruchy ameboidalne. Również dokładnie można spostrzedz ruchy strątów barwikowych. Śledząc daléj *plasmodium*, widzimy, że zajmuje ono coraz to większe przestrzenie ciałka czerwonego, że pozbawia coraz to więcéj ciałko czerwone hemoglobiny. W dzień przed dreszczem *plasmodium* zajmuje często prawie całe ciałko krwi czerwone. Strąty są coraz znaczniejsze, ruchy pasorzyta jako też i strątów coraz wybitniejsze. Na jakiś czas t. j. ośm, sześć lub cztery godziny przed dreszczem, widzimy, że strąty więcéj środkowo się grupują, pasorzyt zaś rozpoczynający dzielenie okazuje formy gwiazdkowate, rozetkowate. Są to pierwsze oznaki mającej nastąpić sporulacyi. Posorzytów tych rozetkowatych im bliżéj dreszczu tém więcéj. Po kilku znowu godzinach (na sześć do dwóch godzin przed dreszczem) widzimy *plasmodium* rozpadłe na kilka kuleczek, wśród których widnieje grubszy złóg melaninu. Kulek tych w czwartaczce mamy od czterech do ośmiu; barwiąc delikatnie i badając przy silniejszem powiększeniu widzieć można, iż kulki te za pośrednictwem cienkich nitek pozostają w związku między sobą i ze złogiem barwika. Tuż przed dreszczem (czasem na dwie godziny przed nim) kulki te spotykamy wolno w surowicy krwi jużto żywo wirujące jużto spokojnie otaczające wiankiem ciałko czerwone. Kulki te o tak żywym ruchu w wielkiéj ilości w krwi pływające w krótkim czasie z krwi znikają; są to zarodniki.

Czy zarodnik pasorzyta rozwija się w saméjże krwi, czy też w którym innym może narządzie, na to żadnych jeszcze danych nie mamy. Przejścia tego pod mikroskopem nikt dotąd nie zauważył, a form ściśle przejściowych między zarodnikiem a najmłodszem *plasmodium* w jakiś czas po dreszczu w krwi nie znajdujemy. Możliwem jest, że podobnie jak *drepanidium ranae* pasorzyt krwi żaby rozwój ten odbywa w szpiku kostnym, dla *plasmodium malariae* wylęgarnią, że się tak wyrazimy, jest śledziona i szpik kostny.

W podobny sposób jak w czwartaczce, rozwija się pasorzyt także i w trzeciaczce z tą różnicą, że w dwóch dniach rozwój kończy. Różnicę między pasorzytem trzeciaczki a czwartaczki przez Golgiego a za nim przez innych autorów podaną, zdołaliśmy również acz nie we wszystkich szczegółach stwierdzić. Podawaną przez nich cechę rozróżniającą, iż pasorzyty w trzeciaczce odbarwiają ciałko krwi czerwone, w którem się zagnieżdżą silnie, często zupełniei bardzo prędko, i że w czwartaczce ciałka krwi czerwone prawie do chwili napadu część hemoglobiny zatrzymują, łatwo daje się stwierdzić. Również stwierdziliśmy okoliczność, iż w trzeciaczce *plasmodium* na ośm do szesnastu zarodników (spor) się rozpada, podczas gdy w czwartaczce tylko na cztery do ośmiu.

Badając dokładnie liczniejsze przypadki, badacza uwadze także nie ujdzie, iż strąty czwartaczki są grubsze i że kontury pasorzyta w czwartaczce wybitnie się zaznaczają, podczas gdy w trzeciaczce obrysy mało są znaczne a pierwoszcze jasno-przeźroczyste i delikatne. Nie chcemy uledz zarzutowi suggestyi, jeśli potwierdzimy spostrzeżenia, iż ruchy *plasmodium* i strątów w trzeciaczce są wybitniejsze. Golgi i Celli podają nadto, że ciałka krwi czerwone w czwartaczce szybko się kurczą i przybierają charakterystyczne postacie, a ciałka krwi czerwone w trzeciaczce są większe niż w czwartaczce.

Co do zimnicy o torze codziennym, to tu rzecz trudniéj się przedstawia. Tu już, jak Celli a po nim Golgi znaleźli, pasorzyty jużto trzeciaczki, jużto czwartaczki a często oba rodzaje w połączeniu we krwi się znajdują. Dla uwidocznienia zapatrywań na formę codzienną zimnicy, podajemy poniżéj tabliczkę podziałową Golgiego i Canalisa.

Golgi dzieli wogóle *plasmodium* na 3 grupy:

1) Pasorzyty o dwudniowym rozwoju; zaliczamy tu trzeciaczkę i trzeciaczkę podwójną *(quotidiana)*;

2) Pasorzyt o trzechniowym rozwoju; tu zaliczamy czwartaczkę, czwartaczkę podwójną, czwartaczkę potrójną (*quotidiana*);

3) Pasorzyty o atypowym rozwoju, w nierównych odstępach czasu się rozwijające a zwykle w postaci półksiężycowéj występujące.

Canalis odróżnia cztery formy malaryi:

1) Do pierwszéj zalicza zimnice pasorzytem czwartaczki wywołane: tu należy czwartaczka, czwartaczka potrójna czyli *quotidiana.*

2) Do drugiéj zimnice pasorzytem trzeciaczki wywołane; tu należy trzeciaczka, trzeciaczka podwójna czyli zimnica o torze codziennym.

3) Do trzeciéj zimnice formą półksiężycową wywołane; tu zalicza formy nieregularne, codzienne, złośliwe i o długich przerwach.

4) Do czwartéj zimnice mięszaną formą pasorzytów wywołane, to jest te, gdzie napotykamy formy pasorzytów trzeciaczki, czwartaczki, lub którą z tych dwóch form ostatnich z formą półksiężycową.

Ta mięszana infekcyja wywołuje nieregularne zimnice, kacheksyję zimniczą i niektóre codzienne zimnice.

Widzimy więc, że o ile trzeciaczka i czwartaczka odrębną swą formę posiadają, to zimnicy codziennéj tejże brak, a tę formę jedynie za zakażenie mięszane uważać należy.

Uważając pasorzyty trzeciaczki i czwartaczki za powód zimnicy codziennéj, musimy przypuszczać, że podczas niéj

w ustroju kilka generacyj tego pasorzyta się rozwija, a z nich jedna dziś, druga jutro napad zimnicy wywołuje.

Zwykle krew zimnicy o torze codziennym przez czas cały choroby wykazuje w ciałkach czerwonych *plasmodia* w najrozmaitszych okresach rozwoju. Spotykamy tu obok rozwiniętych pasorzytów śródciałkowych formy początkowe tak śródciałkowe jako też wolno w surowicy krwi bujające.

Również zauważyliśmy zimnice codzienne, w których *plasmodia* z wielką trudnością odszukać można było i przed dreszczem napotkaliśmy tylko mało rozwinięte formy pasorzyta, a form rozwiniętych nie było. (C. d. n.)

III. O plombowaniu zębów obumarłych.

Napisał

Dr. K. Szymkiewicz,
dentysta w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 10).

Ostatniemi czasy miałem tego bardzo pouczający przykład. Zgłosiła się do mnie chora z przetoką dziąsłową w okolicy pierwszego zęba trzonowego dolnéj szczęki po stronie lewéj. Ponieważ korona była jeszcze względnie dobrze utrzymana, a jama próchnicowa zajmująca dośrodkową ścianę pozwalała na wygodny dostęp do kanałów korzeniowych, przeto starałem się przez kilka posiedzeń o ile możności zrobić je aseptycznemi w tem przekonaniu, iż z czasem, skoro się usunie przyczynę podtrzymującą ropienie okostny, przetoka się zabliźni. W przeddzień plombowania pokazało się jednak, iż te zabiegi nie prowadzą do celu, albowiem wystąpiły objawy zapalenia okostny z przebiegiem ostrym. Ponieważ dowiedziałem się o kilkakrotnych nawrotach podobnych objawów, przeto oświadczyłem, iż zachodzi konieczność niezwłocznego usunięcia zęba, tembardziéj, iż takowy obecnie luźnie jest osadzony. Bliższe zbadanie korzeni po wyjęciu przekonało, iż jeden z nich okazywał cechy chronicznego zapalenia okostny z przerostem takowéj *(periodontitis granulomatosa)*, drugi, prawie brunatno zabarwiony uległ częściowemu zanikowi w okolicy szczytu *(necrosis radicis apicalis)*, był krótszy od poprzedniego i chropowaty. Tu więc brak charakterystycznych cech, towarzyszących zwykle tym zmianom na korzeniach (wysadzenie i ruchomość zęba, utrudniona artykulacyja i t. d.), wobec stosunkowo dobrze utrzymanéj korony, stał się powodem nieudanéj próby. A należało jeszcze mieć wzgląd i na tę okoliczność, iż leczenie przetoki od dolnych zębów wogóle wychodzącéj a w szczególności od zębów trzonowych, jak w tym przypadku, z powodów czysto fizycznych jest w wysokim stopniu utrudnione. Rozdwojone bowiem zwykle kanaliki w korzeniu dośrodkowym mają, jak wyżéj powiedziano, tak małe światło, iż usunięcie z nich mas rozkładowych jest prawie niemożliwe, a powtóre, iż wypociny zapalne z przetoki nie mają tak ułatwionego odpływu, jak w zębach szczęki górnéj.

W związku z powyższym przypadkiem pozostają dwa inne, dotyczące zębów może daleko bardziéj zniszczonych, które udało mi się przez założenie „stałych kanałów odpływowych" przynajmniéj czasowo uratować. W pierwszym przypadku chodziło o pierwszego zęba trzonowego dolnego po stronie prawéj, który okazywał wyraźne cechy przewlekłego zapalenia okostny z przetoką dziąsłową. Wszelkie perswazyje, ażeby go usunąć, obijały się o opór właścicielki, która na jakikolwiek sposób pragnęła swój zgryz aż do pewnego czasu w całości utrzymać. Uprzedziwszy zatem dotyczącą osobę co do możliwych następstw po zaplombowaniu takiego zęba, przystąpiłem w dniu 29 września z. r. do przygotowania swoim wyżéj podanym sposobem próchnicowéj jamy, która zajmowała dośrodkową ścianę korony i dotykała powierzchni żucia, gdzie znowu tkwiła plomba amalgamowa dawniejszéj daty. Dnia następnego postanowiłem zatkać cementem jamę, uważając dłuższe w niéj przygotowania jako zupełnie do celu nie prowadzące. Ponieważ jednak nie mogło ulegać najmniejszéj wątpliwości, iż po szczelnem zatkaniu ubytku objawy zapalne naokoło korzeni przybiorą groźniejszy charakter, przeto postanowiłem dla wolnego odpływu produktów rozkładowych rdzenia, przeprowadzić komunikacyję pomiędzy światłem kanałów korzeniowych a wnętrzem jamy ust. W tym celu ochroniwszy ząb serwetką gumową od napływu śliny, wsunąłem koniec mocnéj nitki jedwabnéj namoczonéj oliwą do ujścia odśrodkowego kanału, drugim zaś końcem tejże nitki, rozdzielonym na dwie gałęzie, zatkałem obydwa ujścia kanalików, znajdujących się w korzeniu dośrodkowym, a naprężywszy ją w ten sposób, aby obydwie jéj części ku przodowi, t. j. ku dośrodkowemu sąsiadowi przebiegały, wypełniłem jamę zęba cementem. Po stwardnieniu téj masy dala się nitka bez żadnych trudności wyciągnąć, a skoro usunąłem serwetkę gumową, przekonałem się, iż ujście nowoutworzonego kanału nakryte było dziąsłem międzyzębowem. Zaciekawiony tym przypadkiem prosiłem choréj o uwiadomienie mnie po pewnym czasie co do zachowania się jego i otrzymałem w trzy tygodnie wiadomość, iż jest spokojny i wcale się nie „kiwa". Przypuszczam również, iż stan ten ciągle się utrzymuje, albowiem chora, któréj jak powiedziałem, bardzo chodzi o utrzymanie w całości swego gryzu (składającego się dotychczas z wszystkich 32 zębów), w razie dostrzeżenia najmniejszéj zmiany byłaby się z pewnością o pomoc zgłosiła.

Pierwsze zatem doświadczenie, jakie miałem sposobność zrobić z założeniem pod plombą stałego kanału odpływowego dla produktów rozkładowych rdzenia zębowego i wypociny zapalnéj okostny, udało się o tyle, iż ząb w trzy miesiące po zaplombowaniu spokojnie się zachowuje, również objawy zapalne ze strony okostny się zmniejszyły, o czem wnioskować można ztąd, iż obecnie silniéj jest osadzony aniżeli dawniéj.

W drugim przypadku, który mi w ostatnich tygodniach z. r. się wydarzył, chodziło o uratowanie małego zęba siecznego w szczęce górnéj po stronie lewéj. Chora przed kilku miesiącami zgłosiła się o poradę względem tego zęba do jednego z zagranicznych dentystów, który znalazłszy obok istniejącéj plomby cementowéj dawniejszéj daty świeży ubytek, zatkał takowy amalgamem. W jakiś czas potem powstało zgrubienie kości w okolicy lewego skrzydełka nosowego, przy ucisku bolesne. Domyślając się, że mam tu do czynienia z ropniem lub torbielem, powstałym w otoczeniu korzenia skutkiem przedwczesnego zatkania próchnicowéj jamy, przystąpiłem do usunięcia plomb, co z powodu cienkości ścian zębowych nader ostrożnie musiało być dokonane. Natychmiast po odsłonięciu kanału korzeniowego pojawiła się w jego ujściu ciecz żółtawa, ropiasta, która w miarę ucisku wywartego na wyrostek zębodołowy w miejscu zgrubienia, wypływała w znaczniejszéj ilości. Ponieważ kilkodniowe leczenie nie zmniejszało sprawy ropienia a chora

zmuszoną była wcześnie odjechać, przeto po dokładnem przestrzykaniu korzenia 5% kwasem karbolowym przystąpiłem do zatkania ubytku wyżéj podanym sposobem z pozostawieniem wolnego kanału, którego ujście przypadło pod dziąsłami nieco ku tyłowi, naprzeciwko sąsiadującego kła.

Postępowanie opisane zastosować można przedewszystkiem w tych przypadkach, w których

1) chory z powodu pośpiechu lub innych przyczyn nie zgadza się na dłuższe leczenie kanału korzeniowego, konieczne do przeprowadzenia ścisłéj desinfekcyi;

2) przetoka się nie goi, mimo odpowiedniego leczenia przed zaplombowaniem zęba;

3) przetoka jest zagojona, ale wywiady wykażą, iż już kilkakrotnie powracała, a zatem wnioskować można, iż i teraz z powodu zatkania jamy próchnicowéj, a temsamem wstrzymania odpływu produktów patologicznych napowrót się otworzy;

4) mamy do czynienia z torbielami, powstałemi ponad korzeniami zębów (t. zw. przez Magitota „*Kystes néogènes*"), jeżeli chory na środek doszczętnie to cierpienie usuwający, t. j. na wyrwanie, zgodzić się nie chce.

Naturalną jest rzeczą, iż najlepsze szanse powodzenia przy zastosowaniu tego sposobu mają zęby górne, tu bowiem mogą owe, tak groźne dla spokoju okostny produkta, własnym ciężarem przez utworzony kanał odpływać, podczas gdy w zębach dolnych odpływ ten, o ile dotyczy istot płynnych, tylko przez ściąganie się ścian ropnia lub torbiela, skoro dla ich treści wolna droga otwartą została, wytłomaczyć sobie można. Również zęby jednokorzeniowe, tj. sześć zębów przodkowych, o ocalenie których ze względów kosmetycznych zawsze najwięcéj chodzi, pomimo zniszczonego stanu i zastarzałych przetok, dałyby się powyższym sposobem jeszcze na dłuższy czas utrzymać.

Hoeg z Christianii [1]) ogłosił sposób nieco do podanego zbliżony, ale w wielu punktach od niego się różniący; obydwa jednak prowadzą do tego samego celu, t. j. aby utworzyć wolną komunikacyję pomiędzy kanałem korzeniowym a jamą ust. Według H. osadza się po przygotowaniu jamy w kanale drut złoty, tak jednak, aby się ścian jamy nie dotykał i naokoło niego zwykłym sposobem zakłada plombę. Po stwardnieniu masy wyjmuje się drut, który pozostawia kanalik do odpływu wydzielin patologicznych. Sposób ten przeznaczony, jak sam autor powiada, głównie dla zębów przednich, ma jednak tę niedogodność, iż masa plastyczna, któréj jedynie w tych okolicznościach użyć można, zlepia się z drutem i zupełnemu uledz może zniszczeniu przy jego wydobyciu. Silna nitka jedwabna, którą w ujście kanału korzeniowego wtłaczam i w miarę nakładania plomby dla kontroli ustawicznie wysuwam (a jest ona w kanale korzeniowym kilkakrotnie sfałdowaną), daje się bez względu na swą krzywiznę z łatwością wydobyć, jeżeli napojona była oliwą a przez to zapobieżono zlepieniu się jéj z masą.

W przeciwieństwie do sposobu H. jestem za przeprowadzeniem kanału tuż obok ściany zębowéj tak, aby ujście jego, o ile to jest możliwe, znajdowało się pod dziąsłami. Dziąsła bowiem mają stanowić rodzaj klapy, ochraniającéj otwór kanału przed dostaniem się tamże ciał obcych, głównie cząstek pokarmów, nie dość silnie jednak przylegającéj, aby tamtędy nie miały przecisnąć się produkta rozkładowe rdzenia i wypociny zapalne okostny. Że ujście takiego kanału przez osadzający się pod dziąsłami kamień zębowy może z czasem zostać zatkanem, nie podlega żadnéj wątpliwości, ale w takim razie wystarczy mechaniczne odskrobanie osadu, przez co drożność przywróconą a wszelkie objawy, powstałe z zatrzymania się pierwiastków patologicznych, usunięte zostaną.

Sposób w mowie będący daje się zastosować także w odpowiednich przypadkach i na zębach wielokorzeniowych, czego według metody H. albo wcale nie można przeprowadzić, albo z wielkiemi tylko trudnościami. Okoliczność ta z tego powodu nabiera pewnéj wagi, iż daleko częściéj przy zębach wielokorzeniowych stoimy wobec przykréj ostateczności doradzania choremu natychmiastowego wyjęcia albo pozostawienia jamy próchnicowéj otwartą, gdyż po szczelnem zaplombowaniu wystąpić muszą bóle wychodzące od okostny. Jeżeli więc podanym sposobem zaplombuje się jamę, a przez to zniesie zbiornik dla pokarmów, które tamże gniją i jeżeli się sztucznym kanałem jak gdyby drenem wyprowadzi wydzieliny chorobowe zagrażające istnieniu zęba, to można przypuścić, iż organ ten na pewien czas ocalonym został, a jeżeli ściany korony są dość odporne, na długo jeszcze ku pożytkowi właściciela służyć może.

Trepanacyja korony (t. zw. metoda Hullihena) znaną jest i zastosowywaną od dawna, celem usunięcia *periostitis* w przypadkach, skoro objawy jéj w jakiś czas po zaplombowaniu zęba wystąpią. W środku powierzchni wargowéj (względnie licowéj) korony pod dziąsłami zakłada się trepan w postaci trójgrańca, osadzony w kołowrotku i skośnie ku górze (wzgl. ku dołowi) wierci kanał prowadzący do kanału korzeniowego. Zabieg ten, który, nawiasem mówiąc, ma licznych zwolenników, którego jednak z powodu uszkodzenia korony wcale nie stosuję, nazwałbym „trepanacyją następową", sposób zaś wyżéj podany „drenowaniem ochronnem (profilaktycznem)". Doświadczenie pouczyło, iż otwór trepanacyjny nigdy nie podlega próchnicy, przypuścić zatem można, iż i brzeg zęba, ograniczający częściowo ujście kanału w powyższy sposób utworzonego, również od téj choroby ochronionym zostanie.

[1]) *D. M. f. Z.* Listopad 1891.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Grawitz: O komórkach „drzemiących" *(Schlummernde Zellen)* **tkanki łącznej i ich zachowaniu się podczas zapalenia.**

Występowanie licznych jąder pomiędzy komórkami ścięgien podczas gojenia się ran zwróciło uwagę autora, że oprócz komórek, które przy zastosowaniu zwykłych metod barwienia jąder stają się widoczne, istnieje w prawidłowem ścięgnie jeszcze mnóstwo innych komórek, które pod wpływem tego barwienia na jaw nie występują. Albowiem znalazł on, że nietylko w warunkach patologicznych, lecz także pod wpływem takich zboczeń w odżywieniu, które bez wątpienia znajdują się jeszcze w granicach fizyjologicznych, występują na jaw komórki, których powstania nie tłomaczą znane dotychczas przypuszczenia. Mianowicie nie mogą one pochodzić z dzielenia się stałych komórek tkanki łącznéj ani z komórek, które ze krwi tu się dostały, lecz są to twory, które należą do istoty międzykomórkowéj i tam znajdują się w takim stanie, że ani ich zarysów rozeznać nie można, ani ich jądra lub jąderka nie zawierają chromatyny i nie barwią się. Zwolna dopiero występują te jakby drzemiące, bezczynne twory komórkowe na jaw i to

w ten sposób, że z początku rozeznać można jądro, najpierw bez chromatyny, mające postać podłużną, która pozwala je odróżnić od jąder leukocytów i innych komórek łącznotkankowych. Następnie zjawiają się w jądrach drobne ziarenka chromatynowe, które rozmnażają się bardzo szybko; w dalszym ciągu jądro i ciało komórki powiększają się, w jądrze występuje jedno lub dwa jąderka, postać wrzecionowata komórki przechodzi w okrągłą lub gwiazdkowatą i w końcu przychodzi do tworzenia się karyokinetycznych figur dzielenia się jąder.

W okresie tym komórki te nie różnią się już niczem od zwykłych komórek tkankowych i ta okoliczność była przyczyną, że opisane zmiany tak długo uchodziły uwagi badaczy, jakkolwiek ilość „komórek drzemiących" w tkance tłuszczowéj i łącznéj, jak dowodzi Grawitz, jest bardzo znaczną. Drugą okolicznością, która utrudnia obserwacyę, jest wnikanie leukocytów do tkanki międzykomórkowéj, które tworzą obraz zupełnie podobny do jąder „budzących się komórek uśpionych". Autor badał sprawy opisane w linii wstępującej i zstępującej tj. w fazie, w któréj z włókien tkanki łącznéj powstają komórki, i w okresie, w którem zbudzone komórki napowrót „zasypiają", czyli przechodzą istotę międzykomórkową. Komórki uśpione tkanki łącznéj odgrywają zdaniem Grawitza główną rolę w zapaleniu, one to są przyczyną rozpuszczenia tkanki w ropieniu, gdyż przez to, że istota międzykomórkowa przechodzi w komórki, które stają się częścią składową ropy, powstają ubytki w téj tkance. Grawitz obala teoryę zapalenia Cohnheima i nie przypisuje alteracyi ścian naczyniowych w zapaleniu żadnéj roli, twierdząc, że leukocyty przechodzą przez ściany naczyń nawet w tkankach zupełnie prawidłowych. W dalszym ciągu twierdzi autor, że to przeistaczanie się istoty międzykomórkowéj w komórki nie tylko ma miejsce w zapaleniu i sprawach przerostowych lub nowotworowych, lecz nawet w tych stanach tkanki, które dotąd uważano za zanik. I w tych przypadkach budzą się najpierw uspione komórki, poczem dopiero następują dalsze przemiany lub rozpad. (*Archiv Virchowa* tom 127. Styczeń 1892. i *Berl. klin. Woch.* Nr. 6, 1892).

Farmakologija.

Gaudin: O działaniu eurofenu.

G. wykonywał u chorych dotkniętych kiłą w rozmaitych okresach doświadczenia z wstrzykiwaniami eurofenu w poliklinice paryskiéj i doszedł do następujących wyników:

Chorzy znosili bardzo dobrze injekcyje, które tylko czasem bywają nieco bolesne: nigdy nie pojawiało się działanie jakieś uboczne czy to miejscowe, czy téż ogólne; po wstrzykiwaniach następowało zawsze polepszenie objawów choroby, nieznaczne wprawdzie w kile drugorzędnej, natomiast bardzo znaczne w trzeciorzędnéj, zwłaszcza jeżeli wstrzykiwano w sąsiedztwie zmian chorobowych. Zdaje się, że injekcyje eurofenu działają we wszystkich przypadkach równie dobrze i szybko jak oléj szary lub sublimat i dlatego G. poleca je wszędzie tam, gdzie zależy na tém, aby ciężkie zmiany kilowe szybko usunąć. Wnioski powyższe wysnuwa autor na podstawie spostrzeżeń 15 przypadków. Nadto stosował G. posypywania eurofenem w przypadku wrzodu miękkiego na wewnętrznéj powierzchni napletka z tak dobrym skutkiem, że bez innego leczenia w ciągu 8—10 dni wrzód zupełnie się zabliźnił. (*Journal des maladies cutanées et syphilitique* 1892 Nr. 1).

Beck.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Jaksch: O znaczeniu prognostycznem leukocytozy w przebiegu zapalenia płuc dławcowego.

Prof. J. na podstawie licznych obserwacyj twierdzi, że przebieg zapalenia płuc dławcowego jest zazwyczaj niekorzystny, jeżeli wśród zapalenia nie ma zwiększonéj ilości ciałek białych we krwi. Doświadczenia na zwierzętach wykonane w pracowni Pasteura przez N. Czystowicza potwierdzały ten fakt; króliki ginęły na zapalenie płuc dławcowe, u których nie można było wykazać leukocytozy. (*Ann. de l'inst. Pasteur.* V. 7.) Nie mniej też spostrzeżenia takie same co do przebiegu zapalenia płuc u ludzi zrobił jeszcze poprzednio Kikodze. Wobec tych dotąd jednak jeszcze dość skąpych faktów radzi prof. J. w przypadkach, w których badanie krwi nie wykazuje leukocytozy, wywoływać ją sztucznie, a według Horbaczewskiego takiemi środkami są pilokarpina, antipyrina, antifebrina i nukleina. Na jednym przypadku Prof. J. przekonał się, że istotnie pilokarpina znacznie powiększa ilość ciałek białych we krwi i w danym przypadku wynosił przyrost 62%. (*Centrbl. f. klin. Med.* Nr. 5. 1892 r.)

Dr. Surzycki.

Chirurgija.

Périer: Gorączka i zatkanie stolca po operacyjach.

Autor zwraca uwagę na przyczynę gorączki po operacyjach, która w ogólności mało jest uwzględnioną, a dla rozeznania gorączki ma praktyczne znaczenie. Przyczyną taką jest zatkanie, które w dzisiejszéj erze przeciwgnilnéj stanowi dziewięć dziesiątych wszystkich przypadków, w których powstaje gorączka po operacyjach. Autor przypomina zdanie Chassaignaca: Dreszcz po operacyi może pochodzić z trzech przyczyn: z róży, z zakażenia ropnego i z zatkania stolca. Autor widział po operacyjach ciepłoty ponad 40°, które po użyciu lekkiego środka rozwalniającego ustępowały. Gorączkę tę tłómaczy samoistnem zakażeniem trzewowem, które powstaje wskutek tworzenia się i wessania ptomainów w zalegającym kale. Należy tedy dbać o to, ażeby na jeden lub dwa dni przed każdą operacyją jelita były wypróżnione. We wszystkich większych rękoczynach, a w szczególności w jamie brzusznéj, winniśmy się usilnie starać o bezpośrednie działanie przeciwgnilne na jelita, co można wykonać podając przez kilka dni β-naftol i salicylan bizmutowy.

Jeżeli po operacyi powstanie gorączka, to należy podać natychmiast środek rozwalniający, z wyjątkiem niektórych przypadków (n. p. po operacyjach samego przewodu pokarmowego), gdzie jelita potrzebują bezwarunkowego spokoju. Jako najodpowiedniejszy środek przeczyszczający po operacyjach zaleca autor limoniadę rozwalniającą (jest to rozczyn *Magnes. citr. effervesc.*), gdyż za pomocą lewatywy w tych przypadkach nie osiąga się równie pomyślnego skutku. (*Centralbt. f. Chir.* 1891. Nr. 47).

Dr. Skobel.

Sackur: O skuteczności dermatolu.

S. stosował dermatol w oddziale chirurgicznym Riegnera w Wrocławiu przeszło w 100 przypadkach a mianowicie: a) w świeżych aseptycznych i pooperacyjnych ranach b) wobec jam, przetok po ropniach i zgorzeli c) wobec wrzodów na kończynach dolnych. W cierpieniach pierwszego działu dermatol okazał się nadzwyczaj skuteczny. Pod wpływem proszku dermatolu tworzyły się strupy, pod któremi następowało zupełne zabliźnienie; brzegi ran ciętych szybko zrastały się ze sobą przez rychłozrost. Rany dermatolem leczone odznaczają się przedewszystkiem nadzwyczajną suchością, brakiem wydzieliny, skutkiem czego opatrunki mogą dłużéj leżeć. Nieaseptyczne jamy i przetoki po ropniach musiały być przedtem aseptycznie przestrzykane, poczem dermatol pobudzał szybko do wytwarzania się granulacyj zamykając je. Również usuwał dermatol wypryski przyranne wywołane kw. karbolowym lub sublimatem. Najskuteczniejszym okazał się w wrzodach na kończynach (*ulcera cruris*). Żadnym lekiem nie można w tak krótkim czasie wywołać granulacyi i zabliźnienia w przypadkach uporczywych wrzodów. Do dodatnich stron dermatolu należy brak woni i własności nietrujące. Do ujemnych brak wpływu na tkanki gruźlicze i mała siła przeciwgnilna. (*Brl. kl. Wschft.* Nr. 32, 1891.)

Dr. Mendelsburg.

Choroby nerwowe.

P. Sérieux (Paryż.): Przypadek agrafii sensorycznéj.

Przypadek opisany przez autora ilustruje zdanie Wernickego, który twierdzi, że akt pisania nie jest niczem innem jak tylko kopiowaniem optycznych wyobrażeń liter i słów Kobieta licząca lat 62, cierpiąca wadę sercową, uległa udarowi mózgowemu z objawami porażennemi, które jednak przeminęły, i objawami ze strony wzroku. Chora nie pozna-

wała swych najbliższych, a patrząc się na nich mówiła, że nie poznaje ich dlatego, że ich nos zmieniony, a język im z ust się zwiesza. Twarz własnéj jéj córki wydawała się jéj być tak spłaszczoną, jak głowa ryby morskiéj raja. Obok ślepoty duchowéj wystąpiły napady podobne do padaczkowych, wreszcie popadła chora w stan przygnębienia i zadumy. Stan ten polepszył się z czasem, po nowych jednak napadach wystąpiły objawy ślepoty i głuchoty duchowéj, parafazyi i agrafii. Chora widziała otaczające ją osoby dawniéj dobrze jéj znajome, lecz ich nie poznawała; zdawały się jéj być zamaskowanemi. Ślepota słów ograniczała się do zapomnienia wielkiego abecadła. Pióro brała do ręki poprawnie, nie mogła jednak pisać, a po długich wysiłkach kreśliła tylko luźne litery *n*, *e*, r. W mowie istniały wybitne objawy parafazyi, gdyż zamiast „ma tête“ mówiła „ma taille“, zamiast „cravate“ mówiła „fringate“ zamiast „trente ans“ „trente francs“. W piśmie wypuszczała niektóre słowa lub słowa zmieniała dziwacznie np. „parlementaire“ na „paprementaire“. Wreszcie pisywała słowa bez znaczenia jak „maradomos“ „dadomos, boboc“ i inne. Stan taki trwał, nasilając się, to znów łagodniejąc, aż do śmierci, która nastąpiła z zapalenia płuc włóknikowego

Sekcya dokonana wykazała ogniska rozmiękczynowe w mózgu i ubytki w postaci jam dochodzących do wielkości dużego orzecha włoskiego w obu półkulach mózgu. Płaty czołowe nie okazywały zmian żadnych, a ogniska rozmiękczynowe i jamy następowe ograniczały się do zakresu tętnic Sylwiusza zobliterowanych. Zniszczone były ośrodki psychooptyczne i psychograficzne. Wedle Exnera i Charcota agrafia jest tylko amnezyą modeł ruchów do pisania potrzebnych, czyli jest ona niejako afazyą ręki. Tak jak afazya motoryczna występuje po zniszczeniu ośrodka Broki, tak agrafia ma zdaniem Exnera występować po zniszczeniu ośrodka psychograficznego, zdaniem jego, umieszczonego w drugim zwoju czołowym płatu lewego. Jednak jak zniszczenie ośrodków mieszczących modły słuchowe słów sprowadza amnezyę senzoryczną, tak też i zniszczenie ośrodków mieszczących modły wzrokowe słów sprowadzić musi agrafię senzoryczną. Przypadek podany zdaniem S. udowadnia to zapatrywanie, przez Wernickego juz uznawane. (*Gazette médic. de Paris.* 1892. Nr. I.) *Dr. Wachholz.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. z d. 17 lutego 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 47.

1. Przewodniczący zawiadamia członków iż: a) Komisyja budowy domu dla Tow. lek. ukonstytuowała się, wybierając przewodniczącym prof. Jakubowskiego; b) Obraz śp. Marcinkowskiego zawieszony jest tymczasowo w kancelaryi Dziekana Wydz. lek.; c) W sprawie Izb lek. będzie w najbliższym czasie nadzwyczajne posiedzenie, na którem wnioski komisyi będą Tow. przedstawione.

2) Kol. Braun przedstawia a) preparaty plasmodyjów z malaryi swojskiéj; b) żołądek przy sekcyi wydobyty rozszerzony do nadzwyczaj wielkich rozmiarów. Żołądek pochodził od 47-letniéj kobiety, u któréj był w okolicy odźwiernika rak płaski, *carcinoma fibrosum.* Żołądek zajmował położenie płodowe i sięgał do spojenia łonowego, wypełniony był papką pokarmową. W gruczołach limfatycznych znajdowały się typowe ogniska rakowate.

W dyskusyi nad tym przypadkiem zwraca uwagę kol. Obaliński na trudności rozpoznawcze w razach tak znacznéj rozstrzeni żołądka, przytaczając przypadek Ziembickiego, w którym laparatomija została wykonana wobec rozpoznanego *Cyst ovarium.* Żołądek był nader silnie rozszerzony i przy operacyi został nadcięty. Inny przypadek dotyczył posługacza szpitalnego, który bardzo długo cierpiał na rozstrzeń żołądka znacznego stopnia. Z powodu domniemanego zwężenia odźwiernika przyszło do laparatomii; znaleziono rozstrzeń znacznego stopnia, zwężenia jednak i blizny nie było, ściany były pozrastane z otoczeniem. Rozcięto żołądek i rozszerzono *pylorus* wedle metody Soretty. Chory ten, który przez długi czas miał *ructus* silny, sam sobie żołądek przepłukiwał, jest od czasu operacyi zdrów.

3) Następnie wygłosił kol. Obaliński odczyt „o sprawach zapalnych w częściach przyrostkowych kości długich“. Rzecz ta będzie ogłoszona drukiem. Prelegent omawia etyjologię i symptomatykę tych cierpień, dzieląc te zapalenia na 3 działy: 1) *ostitis acutissima,* do którego należą przypadki zwane *osteomyelitis perniciosa*; 2) dział stanowi *ostitis acuta*; 3) *ostitis subacuta,* — zwraca uwagę na dyjagnostykę tych zapaleń i zarazem na sposoby odróżnienia od cierpień w samym stawie i od gruźlicy.

W dyskusyi kol. prof. Korczyński zaznacza przedewszystkiem zgodność z zapatrywaniami prelegenta, a zabiera głos jedynie tylko w celu uzupełnienia kilku szczegółów ważnych także dla lekarza chorób wewnętrznych. I tak *ostitis acutissima* w kilku przez niego obserwowanych przypadkach przebiega nadzwyczaj gwałtownie a wśród stałego pogarszania się stanu ogólnego i coraz bardziéj nasilającéj się gorączki chorzy popadali rychło w śpiączkę, w któréj kończyli życie. Ostre zapalenie kości i szpiku kostnego przydarza się także w następstwie chorób zakaźnych, osobliwie duru brzusznego i prawdopodobnie jest wynikiem zakażenia wtórnego drobnoustrojami ropnemi. Rozróżnienie przyostrego lub przewlekłego przyrostkowego zapalenia kości od zapalenia idyjopatycznego czyli gośćcowego stawów jest w istocie we wielu przypadkach trudne i tu wskazana jest ta sama ostrożność, jakiéj wogóle przestrzegać należy w rozpoznawaniu zapaleń stawów przyrody gośćcowej, aby ich nie brać za zapalenia stawów, polegające na tle chorób zakaźnych, jak duru, płonicy, rzeżączki, czerwonki, ropnicy lub posocznicy. Zdaniem mówcy zapalenie gośćcowe czyli idyjopatyczne stawów rzadko bywa jednostawowe, najczęściéj wielostawowe, podczas gdy zapalenie przyrostkowe kości po największéj części zajmuje tylko przyrostki jednéj kości; daléj nawet w jednostawowem gośćcowem zapaleniu ścisłe wywiady wykazują najczęściéj, że chory w pierwszych początkach choroby skarżył się na bóle w kilku stawach, które to bóle umiejscowiły się późniéj w jednym stawie; nie mniéj ważnym szczegółem rozpoznawczym jest nasilenie bólu, które w zapaleniach gośćcowych po największéj części stoi w prostym stosunku do nasilenia objawów zapalnych, a więc z zaczerwienieniem skóry, obrzmieniem powłok i stopniem wycieku w stawie; wreszcie w przypadkach wątpliwych rozstrzyga rodzaj obrzęku powłok miękkich staw otaczających, gdyż bywa on nawet w okołostawowych zapaleniach gośćcowéj przyrody, więcéj podatny ciastowaty i na znaczniejszéj przestrzeni rozlany, podczas gdy w zapaleniu przyrostków kostnych jest więcéj zbity i najczęściéj w postaci wału zapalnego do mniejszéj przestrzeni ograniczony. Co do rozróżnienia zapalenia przyrostków kostnych od przewlekłege gruźliczego zapalenia stawu, to zdaniem mówcy ważne są następujące szczegóły rozpoznawcze: a) obecność lub brak gruźlicy w innych narządach; b) szybkość, z jaką w gruźlicy stawów powstają zaniki mięsne kończyn, podczas gdy w zapaleniach innéj przyrody zaniki te pojawiają się dopiero w późniejszych okresach choroby; c) zniekształcenie stawu, które tak często zauważa się w przebiegu zapalenia gruźliczego.

4) Kol. Rydygier wygłosił zapowiedziany odczyt „o ranach przepony i ich leczeniu“. Prelegent zajmuje się tą sprawą przy sposobności układania swego podręcznika chirurgii. Prelegent zestawia kilka metod leczenia ran przepony względnie przepuklin przeponowych, jak wedlug Horocha, Sawickiego, Matlakowskiego i Postępskiego. Kol. Rydygier radzi poprowadzić jedno cięcie poziome przez ranę klatki piersiowéj, drugie pionowo na dół, który to sposób ma tę zaletę, że się nie osłabia zbyt klatki piersiowéj, a w razie potrzeby można cięcie przedłużyć ku dołowi.

5) Poczem kol. Prezes przedłożył Tow. wnioski komitetu odnoszące się do przesłania Towarzystwu lek. galic. deklaracyi co do projektu zmienionego statutu Tow. lek. galic. Wnioski te po krótkiéj dyskusyi zostały jednomyślnie uchwalone.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*



VI. Dr. ONUFRY TREMBECKI.

W niedzielę dnia 13 marca r. b. złożono na cmentarzu w Nowym Sączu na wieczny spoczynek zwłoki prawego i poczciwego człowieka, zacnego i zasłużonego obywatela, oraz zdolnego lekarza, jakim był ś. p. Dr. Onufry Trembecki. Jako długoletni towarzysz i świadek prac jego w Szczawnicy, gdzie przez lat przeszło czterdzieści był lekarzem zdrojowym, czynię zadość popędowi serca pisząc niniejsze wspomnienie.

Ś. p. Onufry urodził się w Samoklęskach w Jasielskiem z rodziny szlacheckiej herbem Pruss się pieczętującej; ochrzczony w Chomranicach, tamże lata dziecięce przepędził. Do szkół uczęszczał w Nowym Sączu, na filozofię w Przemyślu, ztąd po wybuchu powstania w r. 1830 pospieszył do Warszawy i wstąpił do 1-go pułku ułanów, zostającego pod dowództwem generała Dwernickiego. W bitwie pod Zendrami ranny w nogę i utraciwszy konia, o mało nie dostał się w niewolę. Po rozbiciu oddziału w stopniu podchorążego wraz z swymi towarzyszami przeszedł pod Tomaszowem do Galicyi, lecz wyleczywszy się z rany powrócił do Królestwa i podczas oblężenia Warszawy zostawał w korpusie Romariny razem z nim przebywszy granicę wrócił do Przemyśla, gdzie kończył filozofię. W roku 1832 zapisał się na wydział lekarski w Uniwersytecie wiedeńskim, który ukończywszy w roku 1839 otrzymał stopień Doktora medycyny i magistra okulistyki.

Z początkiem roku 1840 przybył do Tarnowa w zamiarze osiedlenia się, lecz w lecie wyjechał po raz pierwszy do Szczawnicy gdzie przepędził porę letnią, a zachęcony przez starostę obwodowego w Nowym Sączu Bochyńskiego z końcem roku tamże się osiedlił. Zaraz w następnym roku oddano mu kierunek szpitala obwodowego w Nowym Sączu, który to obowiązek sprawował bezpłatnie do roku 1848. W r. 1843 został lekarzem sądowym, a wkrótce powierzono mu nadzór nad szkołami panieńskiemi.

W r. 1846 został uwięziony w miejscu swego pobytu, wówczas gmina żydowska ręczyła za niego całym majątkiem; dzięki temu, oraz staraniom życzliwego sobie starosty obwodowego, w sześć tygodni został uwolniony. W roku 1847 podczas panującego tyfusu głodowego mając pod swą opieką oprócz chorych prywatnych pięć szpitali, pracę nad siły przypłacił dziesięciotygodniową chorobą.

W r. 1848 wybrany do rady miejskiej, czynnościom jej przewodniczył aż do reorganizacyi, a później pozostał jej czynnym członkiem. Gdy w r. 1848 utworzono gwardyę narodową w Nowym Sączu, został obrany jej komendantem, a później poruczono mu kontrolę nad wszystkiemi oddziałami w obwodzie.

W r. 1840 przybywszy po raz pierwszy do Szczawnicy i zapoznawszy się z jej właścicielem ś. p. Józefem Szalayem, od tego czasu corocznie tamże przyjeżdżał; wówczas pora zdrojowa trwała zaledwo dwa miesiące, a lekarz był zarazem aptekarzem. Taki stan rzeczy pozostał do roku 1860, kiedy był zamianowany przez rząd lekarzem zakładowym, czyli jak wówczas zwano zdrojowym; na tem stanowisku pozostawał aż do roku 1883, używając znakomitego zaufania jako lekarz, oraz będąc szczerym przyjacielem i doradcą ś. p. J. Szalaya który pracując dla rozwoju zakładu, kierował się radami ś. p. Dr. Trembeckiego.

W Nowym Sączu obok rozległej praktyki zajmował się czytelnią miejską i bursą dla ubogich uczniów, których przez lat kilkanaście był prezesem. Wdzięczni obywatele miasta, w którem od roku 1840 prócz wyjazdów do Szczawnicy stale przebywał, w r. 1879 ofiarowali mu w dowód wdzięczności dyplom Członka honorowego miasta. W Szczawnicy, gdzie ujmującem postępowaniem, usposobieniem towarzyskiem i wesołym humorem umiał sobie wszystkich jednać, w r. 1880 obchodzono czterdziestą rocznicę jego czynności, przyczem ze wszech stron odbierał podziękowania i życzenia, a dzień ten zakończył się wieczorkiem składkowym, urządzonym przez życzliwych kolegów i wdzięcznych pacyentów. W r. 1883 na własną prośbę został uwolniony od obowiązków lekarza zakładowego, przyczem na przedstawienie Akademii umiejętności właścicielki zakładu, w dowód uznania otrzymał tytuł Radcy cesarskiego.

Pracując jako lekarz praktyczny i obywatel nie zaniedbywał i strony naukowej swego zawodu; czego dowodem prace piśmienne przezeń od roku 1839—1883 drukiem ogłoszono, z których wymienimy:

Dissertatio inauguralis de plica polonica. Vindobonae etc. 1839 8-vo s. 39.

Allgemeine Anweisung zum Augenkranken - Examen mit diagnostischen Tabellen der Nerurosen und Gefässkrankheiten Wien 1840. 8 vo.

Przewodnik do zdrojów lekarskich w Szczawnicy. Kraków 1861 8-vo s 50.

Dyetetyka czyli ogólne prawidła zachowania się przy piciu wód lekarskich i żentycy, przy winogronowem leczeniu, niemniej przy używaniu kąpiel ciepłych i zimnych. oraz kąpiel morskich. Kraków 1852, s. 46.

Wiadomość o Krościenku i jego zdrojach lekarskich Kraków 1859, 8-vo s. 19.

Sprawozdanie o rozbiorze chemicznym wody źródła Wandy na Miedziusiu dokonanym przez Dra B. Radziszewskiego. Kraków 1880 s. 9.

Sprawozdania o ruchu i postępie zakładu zdrojów leczniczych w Szczawnicy w roku . . . Kraków 8-vo. Sprawozdania te ogłaszane były corocznie od roku 1866 do 1883.

Prace naukowe zjednały śp. Trembeckiemu powołanie go na członka korespondenta b. Towarzystwa naukowego krakowskiego; prócz tego był członkiem korespondentem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Przeszło do siedmdziesiątego roku życia, cieszył się czerstwem zdrowiem; wszyscy pamiętają tę postać prawdziwie sarmacką z zawiesistym wąsem, w czamarze a przy uroczystościach w kontuszu i przy karabeli, polskiego ubrania bowiem zwykle używał. Śmierć małżonki przygnębiła go i pozbawiła dobrego humoru, a dokonała swego ciężka kilkoletnia choroba a potem śmierć jedynéj córki ś. p. Zofii Zubrzyckiej. Od tego czasu podupadł na dobre, zestarzał się do niepoznania, a w ciągu ostatnich dwóch lat już mało co z domu wychodził. Zakończył poczciwy i zasłużony żywot w d. 11 marca r. b. wobec wnuka I. P. Józefa Zubrzyckiego, będącego jedynym jego potomkiem, który podupadłego na siłach i zdrowiu starca otaczał opieką w ostatnich latach.

Wspomnienie zacnego kolegi zakończmy słowami: „niech mu ziemia będzie lekką", a jako chrześcijanie dodajmy: „Wieczny odpoczynek racz mu dać Panie! a światłość wiekuista niech mu świeci na wieki". *Dr. Wł. Ściborowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 marca. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 16 b. m. i r. odbytem: 1) kol. przewodniczący Ponikło doniósł Towarzystwu, iż Towarzystwo lekarskie w Konstantynopolu przesłało wszystkie od 1 stycznia b. r. wydane numery swego organu: *„Gazette médicale d'Orient"* i nadal dziennik ten przesyłać będzie. 2) kol. Obaliński przedstawił chorą wyleczoną po znacznem wypadnięciu jelit w ósmym dniu po laparatomii i poczynił przytem stosowne uwagi. 3) kol. Przewodniczący komisyi przemysłowo-lekarskiéj prof. Korczyński przedłożył wnioski tejże Komisyi: a) aby uznać proszek mięsny wyrabiany przez aptekarza Sobierajskiego za preparat polecenia godny, b) aby wyrazić uznanie p. Adamowi Uznańskiemu, właścicielowi „Jaszczurówki" za energiczne i skuteczne działanie celem rozwoju tego uzdrowiska; wykaz ulepszeń w ciągu ostatnich kilku lat tamże zaprowadzonych, wraz z opiniją Komisyi ogłosić w Przeglądzie lekarskim. Oba te wnioski jednomyślnie uchwalono. 4) kol. Śliwiński imieniem tejże komisyi przemysłowéj przedstawił maszynki elektryczne do celów lekarskich wyrobu Kazimierza Zielińskiego w Krakowie, wnosząc, aby Towarzystwo udzieliło mu poparcia, co jednozgodnie uchwalonem zostało. 5) kol. Gluziński miał pierwszą połowę wy-

czerpującego odczytu: „O blednicy i jej leczeniu"; z powodu bowiem bogactwa treści i licznych punktów poruszonych uznano za odpowiednie drugą połowę odczytu i dyskusyę umieścić na pierwszym planie porządku dziennego następnego posiedzenia.

* **W sprawie II go zjazdu lekarzy powiatowych** otrzymaliśmy następującą odezwę:

W myśl uchwały jednomyślnie powziętej podczas ostatniego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie zapraszamy **wszystkich kolegów lekarzy powiatowych w kraju naszym na zjazd II-gi, który się odbędzie we Lwowie w dniu 30 Kwietnia (w Sobotę) r. b. o godzinie 10 z rana.** — Miejsce zgromadzenia: Sala posiedzeń sekcyi lwowskiéj Towarzystwa lekarzy galicyjskich (Ul. Blacharska 18, 2 piętro).

Upraszamy, aby każdy z kolegów lekarzy powiatowych, który zamierza przybyć na zjazd powyższy, **raczył zaraz o tem zawiadomić** kartką korespondencyjną przewodniczącego komitetu zjazdowego, **protomedyka Dra Merunowicza** (Biuro sanitarne) lub sekretarza Dra Obtułowicza (Lwów, Wałowa 7) oraz, **aby każdy z kolegów**, który ma zamiar przedstawić jaką sprawę walnemu zjazdowi, **albo też opracować jako referat, odnośny rękopism w streszczeniu** przesłać na ręce przewodniczącego komitetu **najdalej do dnia 14 Kwietnia r. b.**, a to celem ułożenia porządku dziennego i przygotowania tematu do rozpraw na walnym zjeździe.

Na posiedzeniu komitetu zjazdowego odbytém w dniu 9 Marca 1892 przyrzekł członek komitetu radca sanitarny Dr. Cassina objąć referat: **„O szczepieniu krowianką"**, a przewodniczący komitetu, protomedyk Dr. Merunowicz omówić **„organizacyą służby zdrowia i poruszyć sprawę dalszego kształcenia naukowego lekarzy powiatowych i obznajmienia ich z najnowszemi zdobyczami na polu higijeny.**

Na przypadek, gdyby koledzy nie zgłosili ważniejszych referatów, Dr. Obtułowicz mówić będzie: **„O handlu lekami tajnemi i niedostateczném ustawodawstwie w tym zakresie."**

Dr. Cassina. Dr. Merunowicz. Dr. Obtułowicz.

* W tygodniu 9-tym (od 28 lutego do 5 marca) było w Krakowie małżeństw 23, urodzeń 57, skonów 42, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 6, z duru brzusznego 2, z dławca i błonicy 2.

* *„Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej"* wydawanych pod redakcyą Prof. Dra Korczyńskiego wyszedł Nr. 9 i zawiera pracę Dr. Leona Rosenbuscha we Lwowie „O nawykowem zaparciu żywota. Nr. 10 ty opiewać będzie: O rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki u mężczyzn ze stanowiska bakteryologicznego przez Dr. Eugeniusza Borzęckiego z Paryża, zaś Nr. 11: O wściekliźnie i jej leczeniu metodą Pasteura przez Dr. Odona Bujwida z Warszawy.

* Od znanéj firmy Windlera w Berlinie otrzymaliśmy 8-me wydanie ilustrowanego katalogu narzędzi chirurgicznych, opasek i przyrządów ortopedycznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. — Wydział lekarski Uniw. niemieckiego w Pradze proponował na kierownika kliniki ginekologiczno-położniczéj Fritscha z Wrocławia, obecnego zastępcę prof. Dra Rosthorna i Breusa, obydwóch z Wiednia. Na podobną klinikę opróżnioną w Grazu proponowani zostali: Boerner (w Grazu), Rosthorn i Felsenreich (obaj we Wiedniu).

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Leopold Haim i Karol Krasowski, obaj rodem z Krakowa. — W Bernie szwajcarskiem otrzymała stopień doktora medycyny warszawianka, pani Zofija z Benderów Świetlicka po obronieniu rozprawy z dziedziny ginekologii.

* **Zmarł** we Wiedniu Dr. Wiktor Ivanchich de Margita w 80-tym roku życia. Urodzony w Budapeszcie w roku 1812, praktykował przez 43 lata w Wiedniu jako specyjalista chorób przyrządu moczowego i zasłynął głównie jako szczęśliwy operator kamieni moczowych, a liczne prace jego drukiem ogłoszone po czasopismach lekarskich odnoszą się prawie wyłącznie do téj specyjalności.

* **Podziękowanie**. W. Pan Maryan Zahradnik, aptekarz w Jeziernie, fabrykant kapsułek leczniczych Hygea, którego wyroby polecone zostały przez Towarzystwo lekarskie na wniosek komisyi przemysłowo lekarskiéj tegoż Towarzystwa a odznaczone zostały na wystawie lekarskiéj w czasie VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, pismem z dnia 20 Lutego b. r. ofiarował Obywatelskiemu komitetowi Domu Akademickiego od sprzedanych kapsułek ten sam procent na budowę Domu Akademickiego, jaki w lecie r. z. przeznaczył na Muzeum wynalazków polskich w Krakowie.

Za ten szlachetny dar imieniem Obywatelskiego Komitetu opiekuńczego Domu Akademickiego składam WPanu Maryanowi Zahradnikowi szczere podziękowanie.

Kraków dnia 14 Marca 1892. *Prof. Dr. Korczyński.*

Sprostowanie. W Nrze 11 Przeglądu Lekarskiego w wyciągu Dra Skobla str. 133 wiersz 6 od góry zamiast: „postać tocznia rumieniowego" powinno być: „postać tocznia pospolitego".

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę elewa przy klinice chirurgicznéj.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 28 marca 1892.

Kraków dnia 14 marca 1892.

Stopczański, Dziekan Wydz. lek.

Rok XXXI. Kraków, 26 Marca 1892. Nr. 13.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuja: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardziela i krtani.

Skreślił

T. Heryng w Warszawie.

(Dok. Patrz Nr. 12).

Spostrzeżenie 6. B. Aleksander, lat 35, wdowiec, zegarmistrz, zachorował temu pięć miesięcy na kaszel i chrypkę. Pacyjent pochodzi ze zdrowéj rodziny, krwioplucia nigdy nie miał, kiły nie przechodził. Żona chorego zmarła temu pół roku na suchoty płuc. Do ostatnich dni pożycia małżeńskiego chory miewał z nią stosunki płciowe. Dzieci miał pięcioro, wszystkie zmarły w pierwszych latach życia. Badanie płuc wykazało: Stępienie w obydwóch wierzchołkach; od przodu z prawéj strony nad i pod obojczykiem, z lewéj strony od wierzchołka do 3 żebra, od tyłu nad grzebieniem łopatki. Oddech oskrzelowy słyszalny z lewéj strony, od przodu nad obojczykiem i od tyłu między łopatką, a kręgosłupem. Na całéj lewéj łopatce liczne krepitacyje, w dolnym płacie lewego płuca bardzo liczne drobne rzężenia. Z prawéj strony od tyłu powyżéj grzebienia łopatki oddech oskrzelowy. Z lewéj strony języka na jego brzegu, w ⅓ przedniéj znajduje się owrzodzenie wielkości srebrnéj dziesiątki, o brzegach nierównych, podminowanych, usianych drobnemi guziczkami wielkości ziarnka maku, łatwo krwawiącemi przy dotykaniu zgłębnikiem. Dno owrzodzenia pokryte szarawym nalotem. Ból przy dotykaniu wielki. Ruchy języka nieco ograniczone. Ruch z prawéj strony na lewo jest bardzo utrudniony i bolesny. Chroniczny katar gardziela.

Nagłośnia nacieczona, zgrubiała, więcéj po stronie lewéj. Struna fałszywa lewa nacieczona, zgrubiała, przykrywa prawdziwą, która jest nierówną i pokryta drobną ziarniną. Struna fałszywa prawa również nacieczona, lecz w mniejszym stopniu. Lewa chrząstka Santoriniego nacieczona i w trójnasób powiększona, tylna ściana nieco zgrubiała. Głos dość czysty. Ból przy połykaniu niewielki.

Gruczoły chłonne podjęzykowe i podszczękowe z lewéj strony nieznacznie powiększone. *Otitis media catarrhalis chronica sclerotica.*

Serce i organy jamy brzusznéj prawidłowe.

Do dnia 12/VIII stosowano na owrzodzenie języka czysty kwas mleczny, przyczem uzyskano częściowe zabliźnienie. Gdy jednak z dna i brzegów języka wciąż występowały nowe guziczki, owrzodzenie i granulacyje przypalonemi zostały galwanokaustycznie w dwóch posiedzeniach. Strupy po stosowaniu galwanokaustyki odpadły po dwóch tygodniach. Chory wypisany został ze znaczną poprawą dnia 28/VII 91.

Dnia 19/XXI 91 chory zapisał się do szpitala z recydywą cierpienia języka. Owrzodzenie języka zajmuje to samo co i poprzednio miejsce, t. j. lewą połowę aż do linii środkowéj i połowę jego długości. Brzegi mocno zgrubiałe i pokryte twardą ziarniną. Dno owrzodzenia pokryte białawym nalotem. Bliżéj środkowéj linii znajdują się trzy pomniejsze owrzodzenia, również nalotem pokryte i bardzo bolesne przy dotykaniu. Język z lewéj strony z brzegu w końcu w dwójnasób zgrubiały, twardy, mało ruchomy.

W płucach również pogorszenie. W lewem płucu w górnéj części znaleźliśmy od przodu i od tyłu oddech oskrzelowy. Na przestrzeni całego płuca wszędzie słyszeć się dają liczne krepitacyje. W prawem płucu nad i pod obojczykiem oddech oskrzelowy, w dolnym odcinku dość liczne krepitacyje i dużo rzężeń wilgotnych.

W krtani nacieczenia strun fałszywych, prawdziwych, tylnéj ściany i chrząstek znacznie się powiększyły. Lewa połowa krtani więcéj nacieczona od prawéj.

Chory wieczorami gorączkuje, ciepłota nie przechodzi jednak 38° C.

W wydzielinie, wziętéj z owrzodzenia jak i za pierwszym razem, znaleziono bardzo liczne laseczniki gruźlicze, a w plwocinie obok laseczników włókna sprężyste. W krtani lusterko wykazało: nagłośnia nieco obrzmiała, silnie zaczerwieniona, na powierzchni wewnętrznéj gdzieniegdzie nierówna z kępkami nieco bledszemi zmętnionego nabłonka. Lewy wiąz boczny obrzmiały, chrząstka Santoriniego kołbiasta, wielkości małego orzeszka laskowego. Struna prawdziwa prawa zgrubiała, nierówna, pokryta granulacyjami. Struna fałszywa lewa trochę obrzmiała, prawdziwa o brzegu równym, czerwona, nieruchoma.

Początkowo chory był leczony wcieraniami czystego kwasu mlecznego. Gdy tą drogą nie uzyskano poprawy, przystąpiono w dniu 10/XII 91 do zniszczenia owrzodzeń i nacieków gruźliczych języka za pomocą elektrolizy, tembardziéj że pod językiem obok *frenulum* z lewéj strony wytworzył się dość duży grzybiasty naciek. Na pierwszem posiedzeniu za pomocą dwóch igieł, wkłutych w dno owrzodzenia działano:

w dniu 10/XII 91 1) 50 M. A. przez 1 min. 30 sek.
2) 30 „ „ 1 „ 30 „
3) 50 „ „ — „ 20 „

Za trzecim razem igła została przeprowadzoną poza owrzodzeniem w przedniéj części języka skośnie aż do lewego brzegu.

Ból przy elektrolizie pomimo injekcyj kokainy był bardzo silny. Po trzech dniach rozpoczęła się eliminacyja zniszczonych tkanek.

Dnia 15/XII zniszczoną została środkowa część owrzodzenia, a mianowicie użyto w różnych miejscach:

30 M. A. przez 1 minutę
20 „ „ 30 sekund
20 „ „ 30 „
20 „ „ 30 „

Nazajutrz po zastosowaniu elektrolizy przekonaliśmy się, że od owrzodzenia do grzbietu języka wytworzył się kanał, wypełniony znekrotyzowaną tkanką gruźliczą, bez żadnéj reakcyi zapalnéj ani ropienia. Kanał ten ściągnął się powoli i zabliźnił. Oba otwory przez dłuższy czas pokryte były białemi nalotami. Koniec języka złuszczył się, naciek lewéj połowy znacznie się zmniejszył. W miejscu 1. elektrolitycznéj operacyi, t. j. z brzegu, na przedłużeniu 3 ctm. wytworzyła się ścięgnista blizna, zagłębiona, linearna.

Dnia 28 trzecie posiedzenie elektrolityczne.

W przedniéj części języka od dołu i góry wkłuto dwie igły w twardy naciek.

Użyto 20 M. A przez 2 min.
20 „ „ 45 sek.
15 „ „ 1 min.

Ból dość silny, choć słabszy niż poprzednio. Oddzielenie strupów trwało 6 dni; pod niemi pokazały się granulacyje i zaczęło się zabliźnienie.

Dnia 5/I 1892. Elektroliza na podstawie jamy ustnéj w pobliżu *frenulum* nacieku grzybiastego za pomocą igły podwójnéj. Kokaina.

50 M. A. przez 2 min.
30 „ „ 2 „
15 „ „ 1 „

Ból niewielki, strup odpadł na 4-ty dzień. Rana oczyszcza się powoli. *Acid. lact.*

Dnia 22. Naloty na boku i pod językiem ciągle się po kwasie mlecznym powtarzają. Kwas mleczny 5 razy stosowano, w przerwach pyoktaninę. Język niebolesny, naciek zginął. Siły dobre, apetyt bardzo dobry. Ciepłota pomiędzy 36,7—38,5° (max.).

Od 22 stycznia do 25 lutego, w którym chory się wypisał, stan ogólny znacznie się pogorszył, gorączka dochodziła do 39,5°. Sprawa płucna rozwijała się szybko z dusznością i bólami w prawym boku. Co do stanu krtani zmiany zostały prawie *in statu quo*. Blizna z prawéj strony języka była trwałą, język zcieniał, natomiast na dolnéj jego powierzchni, obok więzadełka, pojawiały się ciągle białe naloty trudne do zniszczenia, w formie błon krupowych, dające się odjąć pincetą i krwawiące nieco. Pomimo tego ruchy języka były niebolesne, również w dotyku język nie bolał. Na końcu języka z prawéj strony pokazały się dwa miliarne guziczki, które zniszczyłem elektrolizą.

Spostrzeżenie 7. Liba T., żona pachciarza, lat 40. *Rhino- et Laryngoscleroma*. W końcu sierpnia 1891 r. zgłosiła się do mnie z powodu znacznéj duszności i zatkania nosa i kaszlu. Chora opowiada, że cierpienie obecne datuje od lat 3, od 5 zaś lat zauważyła zatkanie nosa, coraz silniejsze, z zupełną utratą powonienia.

Chora pochodzi ze zdrowéj rodziny, przebywała w dzieciętwie dwukrotnie febrę, zapalenie ucha, przed 10 laty przebyła zapalenie płuc. Przed laty pięciu pluła krwią. Usposobienia dziedzicznego do suchot nie ma.

Jest to kobieta średniego wzrostu, źle odżywiona, anemiczna, ciężarna w 8 miesiącu. Siły mierne, apetyt mierny. *coprostasis*. Częste napady bicia serca po zmęczeniu. Oddech w wysokim stopniu stenotyczny; silny spazmatyczny kaszel ze skąpą wydzieliną. Badanie płuc wykazało *bronchitis diffusa*. W sercu szmer anemiczny u wierzchołka; granice lewego serca powiększone, lekkie stępienie na mostku. Nos skrzywiony na prawo. Kość nosowa lewa zgrubiała; nos z lewéj strony rozdęty, zupełnie zatkany. Badanie wziernikiem wykazuje z prawéj strony naciek rozlany muszli dolnéj, tak silnie przerosłéj, że kanał nosowy zupełnie zatkany. Muszla ta jest twardéj konsystencyi, łatwo krwawi, nie ustępuje przy ucisku zgłębnikiem. Przegroda ku lewéj stronie skrzywiona, zgrubiała, z listwą podłużną w formie grzebienia, zwęża dolny kanał nosowy bardzo znacznie. Sonda natrafia w połowie długości kanału dolnego na ścianę kostną i wprowadzić głębiéj się nie daje. Jama nosogardzielowa nieco zmniejszona wskutek nacieku i zgrubienia podniebienia miękkiego. Trąbki Eustachego wolne, migdałek gardzielowy zanikły. Słuch dobry. Podniebienie miękkie wysoko uniesione: prawy łuk przedni bliznowo zwyrodniony, języczek bliznowo skurczony, atroficzny. Migdałki małe zanikłe. Błona śluzowa gardziela blada, sucha.

W krtani znalazłem nagłośnię prawidłową, bladą. W okolicy guza Morgagniego wyniosłość blado-różowa, wielkości ziarna pieprzu. Prawy wiąz boczny (*lig. ary-epiglotticum*) w środku wrzecionowo zgrubiały z powodu guzowatości, o średnicy około 18 mm. Zajmowała ona całą grubość *membranae quadrangularis*, zasłaniała prawą połowę krtani i zajmowała część struny fałszywéj prawéj, łącząc się z naciekiem guziczkowym nagłośni. Lewa połowa krtani nie zmieniona, ruchy jednak ograniczone. Przy inspiracyi lewa struna mało się odsuwa, prawa także zbliżona do linii środkowéj. Głos stłumiony ochrypły.

Z powodu wzmagającéj się duszności wykonaliśmy we wrześniu tracheotomiję, poczem chora pojechała do domu, powiła szczęśliwie syna i w pięć tygodni późniéj powróciła do Warszawy dla poddania się operacyjnemu leczeniu.

Pętlą galwanokaustyczną usunąłem większą część guza z prawego więzu, przyczem okazało się, że struna prawdziwa prawa nie jest zmienioną, lecz że naciek zajmuje i dolną część nagłośni i przednią część struny fałszywéj. Badanie mikroskopowe wykazało, że sprawa ma charakter scleroma, co potwierdzonem zostało zbadaniem mikroskopowem odjętéj muszli dolnéj prawéj i otrzymaniem czystéj hodowli zarówno z nacieków nosa, jakoteż i krtani.

Po wyjęciu powt[illegible]m z krtani kawałków nacieku kiuretą Krauzego w parę godzin wystąpił dość znaczny krwotok, który za pomocą tamponady od góry i od dołu przez otwór tracheotomijny (trąbka Belocqua) został wstrzymany. W dwa tygodnie późniéj usunięte zostały resztki muszli dolnéj lewéj pętlą i żegadłem, następnie za pomocą elektrolizy zniszczyłem naciek nagłośni i struny fałszywéj, wkłuwając w niego podwójną igłę Voltoliniego (12 M. A. przez 2 minuty). Po dwóch tygodniach znekrotyzowany naciek zupełnie się oddzielił, krtań powróciła do normy, struny jednak były do siebie zbliżone, mało ruchome. Przez 3 tygodnie wprowadzałem na godzinę pomiędzy struny rurki O. Dwyera dla dorosłych i uzyskałem znaczne rozszerzenie krtani i zanik nacieku ze struny fałszywéj, poczem rurka tracheotomijna została usuniętą i oddech normalny przywrócony.

Ściankę kostną w lewéj połowie nosa zniszczyłem galwanokauterem, dylatowałem sondami cynowemi i uzyskałem drożność dla wody i powietrza z obu stron nosa.

Podane powyżéj wskazania do użycia elektrolizy w gruźliczych cierpieniach krtani oparte są na mojem własnem doświadczeniu.

Nieco odmienniéj zapatruje się Dr. Mermod w pracy swéj „*Electrolyse endolaryngée*“ ogłoszonéj w roku 1890 w *Revue medicale de la Suisse romande*.

Powiada on, że jakkolwiek elektroliza jest metodą wymagającą długiego czasu i nieraz bolesną, oddaje ona jednak znakomite usługi leczeniu suchot krtaniowych. Omawiając metodę chirurgicznego leczenia mówi [1]): „...metoda

[1]) L'ouvrage d'Heryng marque un pas décisif dans la thérapeutique de la phtisie laryngée... La méthode est longue;

ta jest długą, wymaga wielkiéj lekkości ręki i jest trudną nawet dla specyjalistów ze świetnie wyrobioną techniką. Reakcyja pooperacyjna może być przykrą, bolesną; wymaga uważnego dozoru. W wielu przypadkach należy się obawiać, aby pacyjent i lekarz nie zniechęcili się, zanim jeszcze rezultat dodatni mógł być uzyskanym i aby leczenie chirurgiczne suchot krtaniowych nie stało się wyłącznym przywilejem nielicznych operatorów, obdarzonych niepospolitą zręcznością". Z tego to powodu Mermod zaleca natomiast elektrolizę, jako metodę łatwą i niebolesną, a wyniki jéj uważa za dodatnie względnie do rezultatów otrzymanych innemi metodami.

Oto sposób jego postępowania: Przedewszystkiem M. kładzie nacisk na dokładne i zupełne znieczulenie krtani. Roztworem 20% kokainy pędzluje podniebienie, język, gardziel, późniéj roztworem 50% kokainy trzykrotnie pędzluje krtań, dochodząc aż do 1,5 gr. na raz. Przyznaje on, że dawki te wydawać się mogą zbyt śmiałemi, z własnego jednak doświadczenia może zapewnić, że nie pociągają za sobą żadnego niebezpieczeństwa. Nie ogranicza się on jednak do pędzłowań, lecz posiłkuje się jeszcze miąższowemi wstrzykiwaniami, które wykonywa w miejscu zastosowania elektrolizy, zużywając przytem 0,03 kokainy. W ten sposób znieczuliwszy krtań, wprowadza w naciek gruźliczy rodzaj sondy, zakończony igłą, któréj koniec na długości 15 mm. jest obnażony, reszta zaś narzędzia za pomocą lakieru izolowaną. Koniec ostry narzędzia, resp. igła, zagięta jest w rozmaity sposób, ku przodowi, tyłowi, na prawo i lewo i łączy się z biegunem ujemnym bateryi. Biegun dodatni w formie płyty przykłada się do szyi.

Igła pozostaje w tkance do 5 minut, póki wyraźne do około niéj nie nastąpi zniszczenie tkanki, poczem zostaje wyjętą i wkłutą w miejsce sąsiednie. Posiedzenie takie przedłuża się do 20 minut. Pomimo użycia 12—16 M. A. b o l e s n o ś c i   p r o c e d u r y   n a w e t   n a   ś c i a n i e   t y l n é j   n i e   m a   b y ć   ż a d n é j. Niema również reakcyi pooperacyjnéj, niema śladu krwotoku. Wytworzone strupy oddzielają się po kilkunastu dniach, obrzęki giną, sprawa zabliźnienia szybko następuje. M. kończy swą pracę zdaniem, że elektroliza ma zapewnioną przyszłość nietylko w suchotach krtani, lecz nawet w nowotworach złośliwych. Z przytoczonych tu ustępów widzimy, że optymistyczne poglądy Kafemanna i Voltoliniego co do terapeutycznéj wartości tego bądź co bądź potężnego środka zostają poparte klinicznem doświadczeniem Mermoda.

Co do mnie, nie przesądzając wyników ani genewskiego lekarza, ani własnych, daleki od generalizacyi dodatnich rezultatów uzyskanych w pojedynczych tylko przypadkach i to względnie dodatnich, gdyż częściowe tylko widziałem zabliźnienie, uważam jednak za słuszne, aby metodę stosować daléj.

Nie sądzę aby elektroliza w suchotach krtani zdołała kiedykolwiek zastąpić leczenie chirurgiczne, kwas mleczny i antiseptyczne środki. Muszę jednak przyznać, że metoda chirurgiczna wymaga chorego z dużą dozą cierpliwości i determinacyi, wymaga również, aby lekarz zupełnie zawładnął techniką, nie zrażał się pierwszem niepowodzeniem i ożywiony był szczerą chęcią ulżenia cierpieniom chorego. Ponieważ elektroliza wymaga mniéj technicznéj wprawy, a przy odpowiedniem użyciu kokainy jest mało bolesną, ponieważ nie naraża na krwotoki, nie wywołuje zapalnéj reakcyi, ma więc zalety, których lekceważyć nie można.

Być może, że w przyszłości znajdą się środki łatwiejsze w użyciu, mniéj kosztowne i w działaniu jeszcze pewniejsze. Póki ich nie znajdziemy, metoda ta daléj rozwinięta, rozumnie użyta, zasługuje na szczegółowe opracowanie.

elle exige une grande légéreté de main; elle est difficile même pour les spécialistes les mieux exercés aux interventions endolaryngées; la reaction postopératoire peut être pénible, douloureuse; elle exige une surveillance attentive. Dans bien de cas, il est même à craindre, que malade et médicin soient lasses l'un de l'autre avant qu' un resultat appréciable soit obtenu, et que le traitement chirurgical de la phtisie laryngée demeure l'apanage exclusif de quelques rares opérateurs particuliérement habiles.

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza.

O pasorzycie zimnicy.

S t u d y j u m   k l i n i c z n o - e t y j o l o g i c z n e.

Napisali

Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Stefan Blatteis.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

B i g n a m i i B a s t i a n e l l i w rozprawie o zimnicach letnio-jesiennych (*Osservazioni sulle febbre malariche estivo-autunnali. Riforma med.* 1890, Nr. 223—24) opisują dwie nowe formy cechujące takie zimnice letnio - jesienne, ciężki przebieg mające; jedna występuje w postaci trzeciaczki, druga w postaci zimnicy codziennéj: każdą z nich wywołuje właściwy pasorzyt. — Nie wchodząc w różnice morfotyczne tych dwóch pasorzytów, dość wspomnieć o tem, że pasorzyt form obu ciężkie wywołuje zimnice, rozwija się niezbyt regularnie i zmienia charakterystycznie ciałka krwi czerwone, wywołując ich pokurczenie się i zabarwienie do barwy mosiądzu podobne. Przedstawia się w postaci kulki pierwoszcza, bez złogów barwika, o żywych ruchach ameboidalnych i podpada sporulacyi, mało co się powiększając i nie składając wewnątrz siebie barwika, jak tu zawsze się dzieje z pasorzytem trzeciaczki i czwartaczki. Oprócz tego prawie zawsze w postaci trzeciaczkowéj w pewnym okresie pojawiają się formy półksiężycowe.

Drugą postać *plasmodium* widzimy w tak zwanych formach półksiężycowych t. zw. Laverana. Ciałka te przedstawiają się w postaci rożków mniéj lub więcéj zagiętych, w środku grubszych i posiadających w swéj najgrubszéj części złogi barwika. Barwią się jasno - niebiesko błękitem metylenu, a spostrzegamy je przeważnie wolno w surowicy krwi, obsadzające ciałko krwi czerwone. Ciałka krwi, na których się usadowiły, również są bledsze. czasem brudno mosiężno zabarwione. Formy te już Laveran, za nim Celli i Marchiafava uważali za właściwe zimnicom o ciężkim atypowym przebiegu. Niektórzy autorowie uważali je za postać degeneracyjną ciałka krwi czerwonego pod wpływem plasmodyjów zimniczych.

T e r n i i G i a r g i n i i równocześnie prawie C a n n a l i s na licznym materyjale stwierdzają, iż te półksiężyce można prawie zawsze wykryć w nieregularnych postaciach zimnicy i chérach *(cachexia)*. Na 62 przypadków nieregularnéj zimnicy znaleźli w 61 same tylko półksiężyce, w jednym obok nich również pasorzyt trzeciaczki. Na dziesięć przypadków chery w ośmiu same półksiężyce, w dwóch przypadkach obok nich forma czwartaczkowa.

Antolizei, Angielini, Saccharów badania te w zupełności potwierdzają. Na podstawie licznych spostrzeżeń doszli oni do wniosku, że śródciałkowy pasorzyt okazuje się w świeżych formach zimnicy i niektórych recydywach, pasorzyt zaś półksiężycowy w późniejszych okresach zimnicy. Również inni liczni autorowie nie wdając się w genezę i pokrewieństwo półksiężyców z pasorzytem śródciałkowym, stwierdzają występowanie ich w cherach zimniczych i w nieregularnych postaciach zimnicy.

Autorowie niemieccy w zimnicach swojskich dotąd odmian półksiężycowych nie znaleźli. Napotykali je jedynie u chorych, którzy sobie zimnicę do Niemiec z okolic jużto włoskich jużto podzwrotnikowych przywieźli. Powiśle od innych okolic środkowéj Europy jest w tym względzie szczęśliwsze, cztery razy bowiem dotąd spostrzegaliśmy je u ludzi, którzy się poza granice swego kraju nie ruszyli. W dwóch przypadkach pojawiły się w towarzystwie pasorzytów śródciałkowych, w dwóch zaś bez nich. We wszystkich czterech było ich tak skąpo, że ilość ich średnia w całym preparacie u chorego, którego krew najbardziéj w nie obfitowała, liczby trzech nie przenosiła.

W krótkości podajemy historyje choroby tych czterech chorych, dołączając piątą chorego, który nabawiwszy się ciężkiéj zimnicy w Egipcie, przez dłuższy czas w oddziale naszym przebywał.

I. Franciszek B., wyrobnik, lat 58, z Branic. Przybył d. 20 listopada 1892 r.; podaje, że dawniéj miał kilkakrotnie przechodzić zimnicę, że od trzech tygodni cierpi duszność i opuchlinę i co drugi dzień ma dreszcze z następową gorączką i potami.

Budowa chorego licha; odżywienie podupadłe, barwa skóry ziemista, twarz obrzękła. Puchlina skórna i brzuszna. W płucach na całéj przestrzeni liczne furczenia, w dolnych częściach szczególnie z tyłu dość liczne rzężenia średniobańkowe, niedźwięczne. Wynik opukiwania wszędzie prawidłowy. Wątroba macalna, bolesna. Granica śledziony od górnego brzegu ósmego do dolnego brzegu dwunastego żebra, koniec przedni przekracza liniję pachową przednią. Śledziona macalna, bolesna, miernie twarda. Tony serca czyste, tętno 76, tętnice obwodowe miażdżycowo zwyrodniałe. W moczu spora ilość białka, chlorki w ilości prawidłowéj.

Badanie krwi wykonane d. 20 listopada nie wykazuje we krwi plasmodyjów w czterech barwionych preparatach.

Dnia 22 listopada 1891 r. bardzo nieliczne plasmodyja półksiężycowate; śródciałkowych ameboidalnych zupełnie brak.

Leczenie początkowo: *chininum sulfuricum* 3 razy dziennie po 0·35 a od d. 24 listopada błękit metylenu po 0·02 podskórnie dwa razy dziennie przez kilka tylko dni. Pozostawał do dnia 12 grudnia w szpitalu i na własne żądanie w stanie polepszenia wypuszczonym został.

Badanie krwi tego dnia nie wykazało pasorzytów (sześć preparatów barwionych).

II. W. Jan, wyrobnik, lat 20, z Liszek, przybyły d. 29 stycznia, podlega od miesiąca co trzeci dzień napadom zimniczym. Budowa jego i odżywienie dobre, cera bladoziemista. Narząd krążenia i oddychania prawidłowy. Granice śledziony wypukowe od górnego brzegu ósmego do dolnego brzegu jedenastego żebra, koniec przedni dochodzi do pachowéj przedniéj, macalna na dwa centimetry poniżéj łuku żebrowego.

Badanie krwi wykazało bardzo nieliczne plasmodyja półksiężycowe, brak zaś śródciałkowych pasorzytów.

Leczenie: od d. 6 lutego 1892 dwa razy dziennie wewnętrznie po 0·35 błękitu metylenu.

Badanie krwi dwukrotnie wykonane w d. 23 i 26 lutego b. r. każde na ośmiu preparatach nie wykazało półksiężyców.

III. M. Franciszek, wyrobnik, lat 23, z Żelczyny, przybył d. 18 listopada 1891 r.

Od trzech tygodni co drugi dzień dreszcze z następową gorączką i potami, bóle w okolicy żołądka, kłucie po stronie lewéj klatki piersiowéj.

Budowa dobra, odżywienie mierne, barwa skóry blada. Po stronie lewéj klatki piersiowéj przytłumienie odgłosu wypukowego od grzebienia łopatki ku dołowi, powyżéj odgłos wypukowy jawny, nie bębenkowy, po stronie prawéj odgłos wypukowy prawidłowy. Szmery oddechowe po stronie prawéj prawidłowe, po stronie lewéj w granicach stłumienia szmery osłabione, powyżej stłumienia nieco zaostrzone. Drżenie głosowe w granicach przytłumienia słabo wyczuwalne. Watroba niebolesna, niemacalna, wymiary jéj wypukowe nie powiększone. Śledziony granice wypukowe od górnego brzegu ośmego żebra do dolnego brzegu jedenastego żebra, koniec blizko do linii sutkowej lewéj dosięga, macalna, o brzegu twardym, tępym, miernie bolesna.

Badanie krwi dnia 19 listopada wykonane wykazuje plasmodyja śródciałkowe ameboidalne dość liczne.

Dnia 22 listopada znaleziono obok plasmodyjów śródciałkowych w jednym preparacie dwa pasorzyty półksiężycowe.

Leczenie polegało na wstrzykiwaniu podskórnem błękitu metylenowego dwa razy dziennie po 0·02 od dnia 25 listopada.

Dnia 14 grudnia wypuszczono chorego ze szpitala na własne jego żądanie.

Badanie krwi wykazało: plasmodyjów śródciałkowych brak, na sześć preparatów tylko w jednym dwa pasorzyty półksiężycowe.

Dnia 5 lutego 1892 r. zgłosił się ponownie ponieważ od miesiąca napady zimnicze znów go nawiedzać zaczęły, lecz obecnie co czwarty dzień. Badanie krwi kilkakrotne wykazało charakterystyczny pasorzyt czwartaczki, brak zaś półksiężycowéj formy Laverana.

IV. M. Maryja, lat 36, z Kostrza, przybyła do szpitala dnia 28 lipca 1891 r. Od tygodnia codzień bardzo silne napady zimnicze. Od miesiąca żółtaczka, bóle głowy bardzo silne.

Budowa i odżywienie podupadłe, skóra żółto zabarwiona. Narząd oddechania i krążenia prawidłowy. Śledziony granice wypukowe od 7 międzyżebrza aż poniżéj łuku żebrowego na szerokość trzech palców, koniec przedni dosięga linii sutkowéj lewéj, macalna, twarda, bolesna. Wątroba bolesna, brzeg jéj macalny.

Badanie krwi wykazuje liczne bardzo plasmodyja śródciałkowe ameboidalne, w niektórych preparatach po jednym lub dwa półksiężyce.

Chora od 31 lipca zażywała *chininum sulfuricum* trzy razy dziennie po 0·35

Badanie krwi w dniu 4 sierpnia 1891 r. nie wykazało w dwóch preparatach plasmodyjów śródciałkowych ani półksiężycowych. Badanie krwi d. 6 sierpnia: nieliczne bardzo plasmodyja śródciałkowe.

Dnia 11 sierpnia chora wyszła ze szpitala na własne żądanie.

V. Tadeusz W., lat 22, rodem z Krakowa, zatrudniony w porcie Suezkim, gdzie od marca roku 1881 przebywa, nabawił się zimnicy z początkiem czerwca. Codziennie zwykle po południu pojawiały się silne dreszcze trwające czasem po kilka godzin z następową gorączką i potami. Chory wyżył bardzo wielką ilość chininy.

Indywiduum dobrze zbudowane, nadzwyczaj wynędzniałe, barwa skóry trupio blada z lekkim odcieniem żółtawym. W płucach rozległy nieżyt oskrzelowy. Wątroba macalna, bolesna, granice jéj wypukowe powiększone. Śledziona łatwo macalna pod łukiem, twarda, granice wypukowe od

górnego brzegu siódmego żebra, brzeg dolny sięga na trzy ctm. poniżéj łuku żebrowego; koniec przedni do linii sutkowéj lewéj dochodzi.

Na siatkówce obu oczu w plamce żółtéj i około niéj (badał p. Dr. Sroczyński) wynaczynionki krwi.

Badanie krwi dnia 7 stycznia 1892 r. wykazało nieliczne pasorzyty półksiężycowe, obok nich liczne drobne zarodniki; plasmodyjów ameboidalnych śródciałkowych brak. Pasorzyty półksiężycowe mimo leczenia, ustąpienia napadów i znacznego polepszenia się stanu ogólnego chorego przez czas dłuższy się utrzymywały (C. d. n.)

III. Anatomija i klinika białkomoczu w świetle nowoczesnéj patologii.

Na podstawie protokołów sekcyjnych kliniki uniwersyteckiéj w Berlinie.

Skreślił

M Misiewicz w Łodzi.

(Dok. Patrz Nr. 11.)

Zastanówmy się jeszcze pokrótce nad opisanemi wyżéj postaciami białkomoczu i postarajmy się określić i zbadać jego istotę w świetle nowoczesnéj patologii.

a) W białkomoczu wywołanym chorobą nerek przyjmują uczestnictwo różne tkanki tego narządu, chodzi więc o to, która z nich podlega przeważnie cierpieniu, czy miąższ, czy naczynia, czy też tk. łączna? Charcot (*Revue de Méd.* T I. 1878) a potem Aufrecht (*Schmidts Jahrbüch.* 1887) uznawali pierwotnie wszystkie postacie zapalenia nerek za miąższowe; Kelsch zaś redukował wszystkie do postaci łącznotkankowéj (*Nephr. interstitialis*) bez udziału miąższu. Bartels i Löwit są mniéj krańcowymi, przyznając udział obydwom pierwiastkom, przeważnie jednak miąższowi, a wtórnie i w mniejszym stopniu tk. łącznéj. Najbliższem prawdy jest to, że obydwa te pierwiastki przyjmują udział w różnych postaciach nie w jednej mierze, tj. że przy większym udziale jednego z nich niekoniecznem jest silniejsze natężenie zboczeń w drugim. To samo powiedziećby można o białkomoczu wywołanym sprawami zakaźnemi, gdyż nieraz widzimy w odnośnych preparatach nabłonek uległy rozpadowi, a nawet wypłukany, podczas gdy tk. łączna żadnéj nie uległa zmianie. Przeciwnie, w sprawach charłaczych i w zwyrodnieniu skrobiowatem znajdujemy silnie posunięte zmiany w tk. łącznéj, (proliferacyja, rozrost, *neoplasia* i t. d.) przy nietkniętym nabłonku.

Ponieważ jednak w typowym białkomoczu, wywołanym ostrem zapaleniem nerek pomimo niezmienionéj tk. łącznéj i nieuszkodzonego nabłonka ma miejsce znaczny naciek drobnokomórkowy, stanowiący I. okres choroby, a zatem wkroczenie białych ciałek krwi do kłębków (*Glomerulo-Nephritis*), tem samem zasadniczy udział naczyń w omawianéj sprawie nie podlega żadnéj wątpliwości. Pierwotnie zajętemi być mogą tylko naczynia kłębka (*glomerulitis*) późniéj i gałązki labiryntu; większy zaś lub mniejszy w następstwie udział bądź miąższu, bądź tk. łącznéj będzie objawem drugorzędnym, a zależnym od przyczyny chorobo-twórczéj (Ribbert, Coats, Obrzut, Browicz itd.). Jaki stosunek mieć może białkomocz do imigracyi białych ciałek krwi w kłębku i ich objawów zapalnych w tkankach nerki? Oto według Klebsa (*Die krankhaft. Störung. d. Baues und d. Zusam. d. menschl. Körp. Jena u. Zürich* 1889) transudat zawierający stałe ilości białka przesiąka z kłębków; białko to wskutek zmian w ścianach naczyniek i nekrozy komórek przechodzi w łatwo ścinające się. W celu poprawy odżywienia cierpiących ciałek nabłonkowych występują w większéj ilości ciałka białe, których zadaniem jest roznosić pierwiastki odżywcze i ozon po ustroju, i usuwać pierwiastki zapalne, (produkty żółci, ciałka rozpadowe wątroby według Klebsa) lub niszczyć drobnoustroje. (*Phagocytosis*). Wynikiem téj ożywionéj zamiany będzie łatwiejsze niż w stanie normalnym przesiąkanie białka, a wynikiem zmienionych stosunków między dwoma zasadniczemi płynami, tj. moczem a krwią, będzie nagromadzanie się białka w każdéj kropli sączącego się moczu. Białko krwi podlega zmianom w chwili połączenia się z moczem, tj. nabiera własności krzepnięcia przy ogrzaniu, wskutek zetknięcia się z fermentem, zawartym w rozpadającym się, lub chorobowo zmienionym nabłonku. W wytworzeniu białkomoczu przyjmuje też uczestnictwo białko tkanek i komórek, (*Gewebs-Zellen-Eiweiss* Senatora) które w stanie rozczynu miesza się z moczem.

b) O ile w powyżéj opisanej postaci główną rolę odgrywa zapalenie i jego objawy, o tyle w białkomoczu z zakażenia przeważa zgorzel nabłonka (*Necrobiosis*), obok zwyrodnienia szklistego, (*deg. hyalinea*) i nekrozy koagulacyjnej spostrzeganéj w otruciu ptomainami. Löwit zalicza zwyrodnienie szkliste do przeistoczeń białkowatych (*degeneratio albuminosa*) a płyn szklisty t. z. hyalinę za odmianę protoplazmy, znaną pod n. parablastu. Hyalina wytwarza się najczęściéj z produktów rozpadu ciałek krwi, t. n. płatków, (*Blutplättchen*), rzadziéj z globuliny, zawartéj we krwi w kłębkach krążącéj. Prócz tego wytworzyć się może w tkankach, a to z protoplazmy podległéj zwyrodnieniu tkanki łącznéj.

Częściéj daleko niż wyżéj wzmiankowane zwyrodnienie, napotykamy w białkomoczu zakaźnym zgorzel pierwiastków wydzielniczych nerki, a głównie labiryntu, i to we wszystkich jéj odmianach, a więc jako: 1) nekroza koagulacyjna 2) *Karyorhexis* i 3) *Plasmarhexis*.

Zgorzel powstać może na podwójnéj drodze, tj. albo występuje jako wynik zboczeń naczynioruchowych, albo też w postaci zawałów i wybroczyn, wywołanych zamknięciem światła drobnych naczyń czopkami hyalinowemi (tak twierdzą Welti i Recklinghausen). Wszystkie opisane przyczyny niszczą zdolność przyrządu filtracyjnego, za jaki uważać należy masę kanalików i ułatwiają przesiąkanie białka.

Daleko rzadszym objawem spotykanym w białkomoczu zakaźnym jest zgorzel wywołana nagromadzeniem mnóstwa drobnych koków w naczyńkach w t. n. zatorach kokowych (*Koken-Embolie.*)

c) Białkomocz z zastoju powstaje albo wskutek zaniku i różnych zwyrodnień nabłonków, nietylko wyścielających światło tętnic, ale i pokrywających wewnętrzną powierzchnię woreczków Bowmana-Müllera.

Zanik (*Atrophia glomeruli*) powstać może w różny sposób. Najczęściej napotykamy tu ucisk, zmiany sfery naczynio-ruchowéj, niedostateczny dopływ krwi tętniczéj i limfy, słowem niedostateczne odżywianie. Według Klebsa ważną też gra rolę brak leukocytów, roznoszących ozon, i dostarczających pierwiastków odżywczych (t. n. chromatyny).

Ze zwyrodnień kanalików moczowych na pierwszem miejscu znajduje się tłuszczowe, powstające (według nowszych teoryj) wskutek braku tlenu (według Recklinghausena: *Allgem. Pathol.* p. 387. wskutek zbytku CO_2) w krwi tętnicy nerkowéj i wskutek tego powstałych niedokładności w utlenianiu pierwiastków odżywczych.

Często też białkomoczowi towarzyszy zwyrodnienie skrobiowate, szczególniéj w różnych ogólnych cierpieniach charłaczych. Klebs jest zdania, iż pierwiastki tego zwyrodnienia wytwarzają się we krwi w postaci płynnego amyloidu, który następnie zostaje złożony w komórkach nabłonkowych. Daleko rzadziéj spotykamy się przy téj odmianie białkomoczu ze zwyrodnieniem szklistem nabłonka.

Charakterystycznym zaś dla spraw zastoinowych jest zator naczyniek włosowatych i *embolia glomeruli* z wyrodniałemi ciałkami krwi, którą uważam za objaw nader ważny i mało dotychczas uwzględniany, stosownie do częstości, z jaką ten objaw napotykałem i w innych postaciach białkomoczu (*Alb. cyclica, Alb. gravidarum, Alb. neonatorum*).

Zwyrodnienie barwikowe o tyle tylko uczestniczyć może w wywołaniu białkomoczu, o ile przyjmuje czynny udział w patologii t. z. nerki brunatnej twardej (*Sclerosis fusca)*; w nabłonku kanalików tej nerki znalazł Langhans dwa barwiki: *hematoidynę* i *hemosiderynę* wytwarzające się, jak wiadomo, z hemoglobiny wewnątrz czerwonych ciałek krwi. Ledwie godnym jest wzmianki białkomocz melanemiczny, spostrzegany w cierpieniach nadnercza, wywołujących wytwarzanie się melanogenu, a z niego melaniny, na drodze metaboliczněj, tj. z ciałek tkanki łącznéj (Neumann).

d) Białkomocz powstający z zatruć metalami zależy od zmian chemicznych krwi a potem i zmian w istocie nerek, szczególniéj w ich tkance łącznéj wywołanych cząsteczkami tych metali, np. srebra, wywołując t. zw. koniozę. Drobiny metali, a szczególniéj srebra, dostają się do nerek po części w stanie niezmienionym, (z kanału trzewowego) po części w postaci białkanu metalowego, (białkanu srebra) osadzającego się w tk. łącznéj międzykanalikowej, i wywołującego objawy argyryi. Inne metale nie mające własności osiadania (*praecipitatio*) wywołują wprost zgorzel.

e) Wreszcie białkomocz w różnych sprawach przewlekłych i charłaczych, np. w zimnicy, złośliwéj anemii, leukemii itd. zależy od niedostatecznego wytwarzania się (regeneracyi) czerwonych ciałek krwi z t. z. erytroblastów, produkowanych przez narząd chłonny, śledzionę i szpik kostny. Materyjał białkowaty, niezużyty lub częściowo tylko zabrany, nagromadza się, wskutek zmniejszonéj asymilacyi, we krwi, sprowadzając białkomocz. Zator kłębka zwyrodniałemi ciałkami krwi ważną też często gra rolę.

Leczenie białkomoczu jako objawu wywołującego stratę białka wcale nie miałoby miejsca, gdyż strata owa łatwo przez każdy ustrój wyrównaną być może. Leczymy więc białkomocz wtedy, gdy on jest jedynym objawem cierpienia nerek, objawem łatwo dającym się zbadać i kontrolować, jak to bywa np. w przewlekłem zapaleniu nerek i sklerozie. W takich razach trzymać się należy następujących prawideł: 1) usunąć wszystkie możliwe przyczyny, np. stan nerwowy uspokoić, od przeziębień chronić, rozpoznać i usunąć otrucia itd. 2) Ważnem byłoby w białkomoczu, wywołanym przez zapalenie nerek, walczyć skutecznie przeciw niemu, lecz nie jest to łatwą rzeczą. Zimno, odciągnięcie krwi i wszelkie środki, szczególniéj ściągające, są bezskutecznemi. Niejakie znaczenie ma tu jodkali, ichtyol i preparaty srebra. 3) Uregulowanie pożywienia. Unikać zbytku białka (mleko), używać zaś w większéj ilości jarzyny skąpe w białko (kartofle, buraki) i zielone. Z mięsiw wskazane i cielęcina, drób, z ryb i lin; potraw wogóle używać bez silnych przypraw. Trunki wyskokowe są przeciwwskazane; z win możliwy Mosel, czerwone rozcieńczone, owocowe; piwo zabronione. Również szkodliwem okazało się nałogowe i silne używanie tytuniu. Jakkolwiek liczni autorowie twierdzą, iż ścisłe zachowanie dyety w białkomoczu nie jest koniecznem, szczególniéj unikanie potraw mięsnych w większéj ilości, ostrzegam jednak na podstawie licznych doświadczeń przed lekceważeniem praw dyetetycznych, które jakkolwiek nie zawsze pogarsza stan chorego, ale pogorszyć może i dosyć często wywołało powroty białkomoczu ze złośliwym przebiegiem. 4) Unikanie zbytnich wysiłków cielesnych i oziębienia skóry, szczególniéj podczas trawienia, co uwzględnić należy w *Alb. cyclica, nervosa*, i innych, opisywanych pod postacią *Alb. physiologica*. Chorzy z ostrem zapaleniem nerek, a kobiety podczas menstruacyi, bezwarunkowo powinny nie opuszczać łóżka; nerwowi otrzymują jeden ze środków uspakajających: bromek potasu, fenacetynę, antipyrynę itd.

W białkomoczu zwrotnym staramy się wyleczyć cierpienie pierwotne, tuszujemy więc lekkim rozczynem azotanu srebra lub kw. chromowego szyjkę pęcherza, lub inny odcinek drażliwy, (*area sensitiva*) np. przedsionek: (u kobiet) uwzględniamy leczenie zboczeń w narządach sąsiednich, np. macicy, kanału trzewowego, kiszki prostej itd. W białkomoczu wywołanym bolesnem moczeniem podajemy choremu po $^1/_2$ gr. kodeiny lub $^1/_4$ morfiny wewnątrz. Prócz tego uwzględnić należy ogólne tło, usposobienie do chorób nerwowych, neurastenię, maciennictwo itd. i uciec się do stosowania odpowiednich zabiegów wodoleczniczych.

W białkomoczu pochodzenia nerkowego, skojarzonym z cierpieniem serca, uciekamy się do środków moczopędnych, (*diuresis*), między któremi króluje naparstnica, tak w ostrej, jak i podostrej *Glomerulo nephritis* i w *Embolia glomeruli*. Nastój można zmieniać, dając choremu dla odmiany *Aceti digitalis* 20.0 *Vini pepsini* 100—120.0, łyżeczkami od kawy. Dalej idą: *Adonis, squilla, convallamarin, Blatta orientalis, sparteina* z działaniem podrzędnem, a *strophantus*, koffeina, *Diuretin (Theobrominum natriosalicylic.)* w kombinacyi ze sobą działają daleko pewniéj, niż pojedynczo. W przypadkach rozpaczliwych często jeszcze udaje się wywołać diurezę mięszaniną: *Rp. Inf. fol. digit.* 2.0 *ad* 150.0 *Coffeini citr. v. salicyl.* 2.0 *Tr. Strophant.* 5.0 *Succi liquir.* 5.0 *Liquor kali acet.* 60, wyżyć we dwa dni. Przy białkomoczu, kojarzącym cierpienie nerek bez udziału serca uciekamy się do diaforezy, w postaci gorących suchych wanien, za pomocą których udaje nam się nieraz wyprowadzić około 800 gr. wody. Nowe przyrządy Karola Fulpiusa (*Quincke Dubois*) w Genewie, pod nazwiskiem. „*Phenix à air chaud*“ pozwalają wprowadzać zgromadzone w zbiorniku, do danej ciepłoty ogrzane

powietrze, wprost pod kołdrę chorego, za pomocą rur. Również pomysłowym jest patentowany przyrząd Fausta (zbyt drogi). Czasami uciec się musimy do stosowania okładów rozgrzewających i do środków aptecznych, których skuteczność (*pilocarpin*) jest wielce wątpliwą, szczególniej przy zwyrodnieniu tłuszczowem nerki i wobec silnej anuryi.

Kalomel, o ile w niektórych postaciach okazał się skutecznym, o tyle w rozlanem cierpieniu nabłonka (w dużej białej nerce), najmniejszego nie wywiera wpływu, i zostawiać go należy na sam koniec.

W ostrych bardzo postaciach, przy dobrym pulsie i dostatecznych siłach chorego mamy prawo przed dyaforezą i diurezą, uciec się do rewulsyi na trzewa (*Katharsis*), użyć więc możemy soli średnich, kolocyntów, jalapy, Aloe, rabarbaru i siarki. Z nich trzy pierwsze wywołują obfitsze wydalanie płynów (stolce wodniste), u chorych jednak wycieńczonych stosować je należy z niezwykłą ostrożnością.

Wielce pożądanem byłoby bliższe zbadanie działania ichtyolu (*Natrium sulfo-ichtyolic.*) szczególniéj w białkomoczu cyklicznym i samoistnym (*Alb. genuina*).

Jakież wnioski wysnuć można z powyższéj pracy?

1) Białkomocz uznać mamy prawo za patologiczny, jeśli ilość białka przekroczy 0.4 pro mille, a nawet przy mniejszych jego ilościach, u osób starych i wycieńczonych.

2) Białkomocz spostrzegany podczas rozwoju płciowego (*Alb. cyclica*) nie jest niczem innem jak *stadium decrementi* poronnej postaci choroby Brighta.

3) Może istnieć białkomocz nawet wtedy, gdy zwykłe odczynniki nie dają żadnych wskazówek co do obecności białka (*Peptonuria* i *Propeptonuria*).

4) *Hyalinuria* powstaje przy rozpadzie t. z. płatków krwi, (*Blutplätchen*) z parablastu czerwonych ciałek krwi lub ze zwyrodniałych ciałek tkanki łącznéj.

5) Białkomocz nerkowy powstaje przedewszystkiem wskutek *Glomerulitis*, względnie zmian w krążeniu i odżywianiu nabłonków;

6) Białkomocz zakaźny polega przeważnie na zgorzeli nabłonka wskutek zmian stosunków obiegu krwi i odżywiania, a nadewszystko wskutek: *embolia glomeruli*.

7) Stwierdzić należy fakt, iż ilość moczu i ilość białka pozostają do siebie w stosunku odwrotnym w dwóch postaciach przekrwienia (czynnem i biernem).

8) Należy zbadać, o ile słusznem jest przypuszczenie Blanca, iż prawie każdy białkomocz u brzemiennych jest pochodzenia zakaźnego.

9) Przy białkomoczu nerkowym białko wydziela się z krwi, krążącej w kłębkach, (późniéj i z całego labiryntu) a także z tkanek (*Zellen Eiweiss*). Nabiera ono własności krzepnięcia, zetknąwszy się z fermentem (moczu i uszkodzonego nabł.?) wskutek uszkodzenia ścian kanalików, i zniszczonych własności filtru (nerkowego).

10) Białkomocz zakaźny otrzymuje białko a) z czerwonych ciałek krwi b) z t. z. płatków krwi (*Blutplättchen*) w kłębkach Malpighiego i c) z parablastu ciałek tkanki łącznej, a zawsze wskutek agresywnego działania mikrobów, dochodzącego nieraz do zatoru kłębków (*embolia glomeruli infectiosa*, dawna *Kokken-Embolie*).

11) Białkomocz z zastoju bądź moczu, bądź z przekrwienia biernego powstaje wskutek tłuszczowego zwyrodnienia nabłonka względnie kanalików, a to według Lövita z powodu braku ozonu i chromatyny, roznoszonéj przez leukocyty (brak normalnej leukocytozy).

12) Białkomocz przy otruciach metalami, mającemi własność osadzania (*praecipitatio*), powstaje na drodze pylicy (*Coniosis*) i następczego zatoru drobnych naczyń, względnie zgorzeli nabłonka. Przy otruciu innemi metalami zmiany zależeć będą od powinowactwa chemicznego, najczęściej jednak mamy i tu do czynienia z rozpadem ciałek krwi i zgorzelą nabłonka.

13) Białkomocz w sprawach charłaczych i przewlekłych cierpieniach krwi powstaje najczęściej wskutek nieprawidłowego wytwarzania się erytroblastów i zatoru kłębków, wywołanego zwyrodniałemi ciałkami krwi.

14) Zwracać należy baczną uwagę na kilkakrotnie wyżéj nadmieniony zator naczyniek a szczególniéj kłębków, (*embolia glomeruli*), który tak w anatomicznem jako i klinicznem znaczeniu mało był zbadany i niedostatecznie uwzględniony.

IV. Oceny i sprawozdania.

Anatomija.

Prof. L. Teichmann: **O konserwowaniu mózgu za pomocą wyskoku i olejku terpentynowego.**

T. opisuje szczegółowo swoję metodę konserwowania mózgu za pomocą wyskoku i olejku terpentynowego. Preparaty mózgu tym sposobem uzyskane przedstawił był podczas X-go kongresu lekarskiego w Berlinie w r. 1890, gdzie swą pięknością, plastycznością oddającą najdrobniejsze szczegóły ukształtowania i trwałością wielkie wrażenie na obecnych na kongresie anatomach wywarły.

Metoda jest następująca: Mózg ostrożnie z jamy czaszkowéj wydobyty, po zdjęciu opon i starannem opłukaniu wkłada się do naczynia wypełnionego 60% wyskokiem, bacząc, aby leżał na miękkiéj podstawie. Po 2—3 dniach wkłada się mózg do wyskoku 95% i odmienia odtąd wyskok co kilka dni, aż alkoholometr będzie stale wskazywać 85—90%. Manipulacyja ta, zmierzająca do odjęcia tkaninom mózgu wody, trwa kilka tygodni. Następnie wkłada się mózg do olejku terpentynowego czystego o 40% C. celem odtłuszczenia i po 8-iu dniach, gdy olejek zabarwi się brudno, skutkiem rozpuszczenia tłuszczów, należy go zastąpić świeżym, co w odstępach czasu mniéj lub więcéj 8-dniowych przez kilka tygodni się czyni. Nareszcie suszy się mózg w siatce wiszącéj w miejscu ogrzanem lub na słońcu: gdy ciężar mózgu pozostaje stałym (mózg już więcéj nieschnie), postępowanie jest ukończone.

Mózg bezpośrednio z olejku terpentynowego wyjęty okazuje barwę brudno-żółto szarą, daje się z łatwością krajać, istota korowa jest ciemniéj zabarwiona niż rdzenna i wyraźnie od niéj odbija.

Mózg wysuszony waży średnio 180 grm, stanowi masę gąbczastą, w któréj tłuszcz istoty mózgowéj zastąpiło powietrze; na wodzie pływa, jest twardy, nieco kruchy i daje się piłeczką krajać, jest przedewszystkiem nadzwyczaj trwałym i w najrozmaitszéj ciepłocie długie lata się przechowywa niezmieniony, owady go nie napadają wcale, nawet we wodzie z dodatkiem 1‰ sublimatu doskonale się przechowuje, opiera się zgniliźnie znakomicie i pozostawiony tygodniami wśród istot gnijących pozostaje niezmieniony. Celem zapobieżenia kruchości można mózg po wysuszeniu napawać żywicą damarową lub inną, pozostawiając go przez 8 dni w rozczynie żywicy w olejku terpentynowym.

Metoda ta konserwowania mózgu odda bezsprzecznie cenne usługi przy demonstracyi ukształtowania mózgu i ula-

twi dalsze badanie tego narządu: jest ona zarazem nowym przyczynkiem na polu badań anatomicznych naszego zasłużonego anatoma. (*Wien. klinische Wochenschrift* Nr. 9. 1892).

Pon.

Choroby uszne.

Szenes (Budapeszt): **Przypadek słyszalnego szumienia usznego.**

Znaczny kontyngens praktyki lekarskiéj w zakresie chorób usznych stanowią chorzy dotknięci przykrem podmiotowem uczuciem słuchowem, które objawia się jako szum, huczenie, szeleszczenie, dzwonienie i t. p. Do nader rzadkich zaś należą takie podmiotowe wrażenia słuchowe, które równocześnie, i przedmiotowo wykazać można. Jeden z takich przypadków opisuje S. Dziewczyna 10 letnia uderzona w lewe ucho nagle straciła słuch i doznała uczucia pukania w uchu, które po przywróceniu słuchu kilka tygodni stale się utrzymywało, a które można było także zauważyć przedmiotowo nietylko tuż obok ucha lecz nawet w oddaleniu 15 ctm. Słuch po obu stronach był prawidłowy. Dokładne badanie błony bęb. nie wykazało żadnéj przyczyny. Szum, który określała chora jako pukanie („*Ticken*"), był podobny do szmeru, który powstaje, jeżeli się paznogcie dwóch palców mocno o siebie oprze i nagle puści, i powtarzał się 120 do 136 razy w minucie z rozmaitem nasileniem. Co do tłómaczenia takich wrażeń słuchowych, to nie można ich uważać jako szmerów naczyniowych z powodu braku współczesności z tętnem i wpływu faz oddechowych na ich rytm. Również można wykluczyć tętniakowe rozszerzenie tętnic usznych jakoteż huczenie z powodu błednicy lub niedokrewności. Trzeba tedy przypuścić z wielkiem prawdopodobieństwem, że są to szmery mięśniowe powstałe wskutek drgawkowych skurczów mięśni. Kurcze naprężacza bębenka, które sprowadzają widzialne ruchy bł. bęb. i przemieszczenie stożka świetlnego, można było w tym przypadku wykluczyć. W przypadku przytoczonym szmer raz znikł chwilowo po wprowadzeniu palca do gardła i zepchnięciu nasady języka na dół, z czego można wnioskować, że szmer tu powstał najprawdopodobniéj wskutek skurczów mięśni podniebienia miękkiego. Uderzenie na ucho może wprawdzie wiele złych następstw za sobą pociągnąć, w tym przypadku jednak wobec zupełnego braku wszelkich zmian, któreby można odnieść do doznanego urazu, używanie zasady *„post hoc ergo propter hoc"* byłoby mylnem. (*Internat. klin. Rundschau* 1891. Nr. 8.)

Dr. Spira.

Choroby skórne i weneryczne.

Siebel: **Działanie eurofenu w oparzeniach.**

Eurofen posiadający wszystkie zalety tak farmakologiczne jak i bakteryjologiczne jodoformu, a odznaczający się nadto brakiem woni, własności trujących i łatwą rozpuszczalnością, ma wedle S. znakomite warunki zastąpienia jodoformu w terapii. Doświadczenia z eurofenem wykonywane w klinikach dla chorób skórnych (Eichhoff, Nolda), dla chorób krtani i nosa (Petersen, Löwenstein, Szołdrski) oraz w klinice chirurgicznéj Czernego, potwierdziły w zupełności twierdzenia Siebela. Szczególnie wedle sprawozdań Vulpiusa z kliniki Heilderberskiéj nadaje się eurofen w przypadkach, w których chodzi o wywołanie szybkich a bujnych granulacyj.

Sam S. wypowiada swe zdanie o eurofenie na podstawie całorocznych własnych doświadczeń mianowicie w przypadkach poparzeń gorącym ługiem sodowym, wrzącą gliceryną, kw. siarkowym, azotowym, palącym się alkoholem. Chorzy leczeni eurofenem przedstawiali różne stopnie oparzenia i to od I-go do III go stopnia, a wyniki otrzymane były zawsze bardzo pomyślne: granulacyje bujne, zdrowe, blizna trwałą elastyczną. S stosował eurofen w podobny sposób, w jaki stosuje się jodoform, a więc po oczyszczeniu miejsca obrażonego, i po nakłuciu pęcherzy posypywał powierzchnię ranną eurofenem w postaci proszku, bądź też na większych przestrzeniach stosował gazę nasyconą 10% przetworu, na to zaś zakładał zwykły opatrunek. Niedogodność, która łączy się z tego rodzaju postępowaniem, a polegając na silnem przylepianiu się gazy do granulacyj, co przy zmianie opatrunków pociągało odrywanie ziarniny bujającéj i krwawienie lekkie, usuwa S. przez zastosowanie maści eurofenowéj. W początku stosował on maść 10%, w niektórych jednak przypadkach występował wyprysk miernego stopnia. Dlatego S. radzi używać tylko 3% maści z wazeliny i lanoliny (*europhen 3,0, ol. oliv. 7,0, add. vasel. 60,0, lanolin. 30,0*). S. zapewnia, iż właśnie za pomocą téj maści otrzymywał najpiękniejsze wyniki, przyczem zauważył, iż wydzielina powierzchni rannéj była skąpą, wskutek czego opatrunek mógł śmiało zostawać 3—4 dni. Oparzenia III-go stopnia goiły się po 3—4 opatrunkach, a najdłuższy czas leczenia 22 dni trwający, odnosił się do oparzenia kw. azotowym na kończynie górnéj, gdzie obrażenie zajmowało przestrzeń od łokcia do stawu nadgarstkowego. Maść eurofenowa posiada w oparzeniach jeszcze tę ważną zaletę, iż działa kojąco na bóle. Zdaniem S. można tę maść śmiało stosować i u dzieci tem śmieléj, że jak wspomniano e. nie jest trującym. Sam autor zażywał przez 3 tygodnie dziennie 1,5 gr. eurofenu w 20% roczczynie bez najmniejszych jakichkolwiek przypadłości. Na podstawie tych wszystkich spostrzeżeń zaleca Siebel jak najgoręcéj stosowanie maści eurofenowéj, szczególnie w przypadkach oparzeń. (*Berl. klin. Wschrft.* 1892, Nr. 8).

Dr. St. Kwiatkowski.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Nadzwyczajne posiedzenie z d. 24 lutego 1892.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 55.

Kol. Prezes zwrócił na wstępie uwagę Zgromadzenia, iż zbytecznem jest odczytywanie w całości projektu o Izbach lekarskich, uchwalonego przez Komitet, gdy każdy z członków Towarzystwa otrzymał takowy na dwa dni przed posiedzeniem, celem dokładnego rozpatrzenia przedmiotu. Następnie poddawał kol. Prezes pod dyskusyję poszczególne ustępy projektu. Po wyczerpującem omówieniu pojedyńczych punktów przez koll.: Domańskiego, Grabowskiego, Jakubowskiego, Jordana, Kadena, Kopfa, Marsa, Obalińskiego, Paszkowskiego, Rosnera (młodszego), Rydla, Rydygiera, Szewczyka i Surzyckiego, projekt komitetu przyjęto bez zmian zasadniczych, polecając przewodniczącemu łącznie z osobną komisyją, złożoną z koll.: Domańskiego, Oettingera i Rydla, ostateczne zredagowanie projektu, celem przedłożenia c. k. Namiestnictwu. Prezes zamknął posiedzenie o godz. 8¼. Sekretarz *Dr. Jan Opieński.*

Posiedzenie sekcyi Stanisławowskiéj.

Posiedzenie z d. 2 Marca 1892 r.

Przewodniczący kol. Wolański. — Obecnych członków 9.
Nowy członek kol. Ebersohn z Tyśmienicy.

1) Koll. Żukowski i Czesnak przedstawiają kobietę po operacyi *carcinoma mamae dextrae.* Nowotwór rozwijał się przez lat 12-cie i dochodzi wielkości głowy dorosłego dziecka. Operacyę wykonano przy znacznéj infiltracyi gruczołów pachowych, które też doszczętnie wycięto. Dziś upływa lat trzy od czasu operacyi a najmniejszych śladów recydywy nie ma.

2) Kol. Czesnak przedstawia chłopca lat 15-cie liczącego, u którego rozpoznał rzadkie cierpienie *hysteryę virilis* z dominującemi objawami ze strony krtani a mianowicie *laryngospasmus.* W dyskusyi zabierał głos kol. Wolański.

3) Kol. Ostafiński odczytał rzecz: o *Sclerosis initialis extragenitalis* w ogólności przytaczając przytem przypadek ze swéj praktyki, w którym u dziewczynki czteroletniéj siedzibą wrzodu pierwotnego była powieka dolna oka prawego. Początkowo rozpoznanie było wątpliwe, anamnesa podawała tylko trwanie cierpienia od 4-ech tygodni; wkrótce jednak wystąpiły

objawy przemawiające za ogólną kiłą jak: wysypka plamista na całem ciele i zwiększające się coraz bardziej gruczoły chłonne poza uszami i pod szczęką. Chodziło tylko o to, w jaki sposób infekcya nastąpić mogła? Powiodło się i to odkryć w zupełności, oto wuj dziecka całując takowe często w oczka stał się mimowolnym sprawcą choroby; bliższe badanie wykazało, że tenże dotkniętym był zmianami kiłowemi na wargach. Kilko tygodniowe radykalne leczenie z wewnętrznem podawaniem kalomelu i z wcieraniami maści rtęciowéj usunęło zupełnie wszelkie zmiany chorobowe a na powiece pozostał tylko lekki wrąb.

W końcu rozwinęła się żywa dyskusyja nad przyrodą i częstością pojawiania w okolicach Stanisławowa jak nie mniej i w samem mieście krosty czarnéj (*Pustula maligna*). W dyskusyi zabierali głos. Koll. Wolański, Gąsiorowski, Wnękowicz, Żukowski i Ostafiński.

Następne posiedzenie odbędzie się we środę dnia 6-go Kwietnia. *Dr Ostafiński.*

VI. Zarazy nagminnie w Wielkopolsce panujące aż do roku 1800 [1]).

ZARYS HISTORYCZNY.

Opracował

Dr. Wacław Zaremba.

Staje widomie morowa dziewica
W bieliznie, z wiankiem ognistym na skroniach;
Czołem przenosi białowieżkie drzewa,
A w ręku chustką skrwawioną powiewa . . .
Dziewica stąpa kroki złowieszczymi
Na sioła, zamki i bogate miasta,
A ile razy krwawą chustką skinie,
Tyle pałaców zmienia się w pustynie —
Gdzie nogą stąpi, świeży grób wyrasta

Mickiewicz.

Ziemia Wielkopolska leżąca niejako na trakcie handlowym pomiędzy Wschodem i Zachodem Europy, z natury położenia swego nie mogła być odciętą od niepamiętnych czasów od ruchu powszechnego. Dodajmy do tego jej odwieczne walki z chciwymi panowania sąsiadami, połączone z bezwzględnemi spustoszeniami, dalej położenie przeważnie płaskie, poprzerzynane znaczną ilością rzek do wylewów skłonnych, a będziemy mieli aż nadto powodów do pojawienia się dość częstych pomorów pośród tubylczej ludności. Że choroby nagminne i w najdawniejszych, przedhistorycznych czasach w Wielkopolsce groźne swe skutki wywierały, dowodzą nam tradycyje ludowe, a dalej istnienie bóstwa zarazy czyli pomoru u dawnych Polan. O kulcie bóstwu temu, zwanemu Trzybek — od nazwy wytrzybić, przetrzybiać — oddawanym przez ludność, bardzo mało tylko do wiadomości potomnych przeszło. W dziele Dra L. Gąsiorowskiego „Zbiór wiadomości do historyi sztuki lekarskiej w Polsce" znajdujemy następującą wzmiankę, „O tem bóstwie bardzo mało wiadomości mamy, tak co do czci mu wyrządzonej, jako też posągów"; Naruszewicz tyle tylko o nim wspomina „Stredowski w historyi kościelnej morawskiej kładzie to bóstwo słowiańskie między ziemskiemi bogi, zowiąc je po łacinie Lues. Zaraza, Pomorek, nic zaś o nim szczególnego nie mówi" Z nazwiska sądząc możnaby mniemać, iż temu bóstwu lud słowiański przypisywał panowanie nad morową zarazą, a tem samem wytrzebienie, czyli wygubienie ludności przez zarazę".

Oprócz starych kronik jak, Bielski, Kromer, Miechowita, a przedewszystkiem Długosz. innych źródeł o zarazach w Polsce w dawniejszych czasach panujących nie mamy. Kroniki te mówiąc o pomorach, nie rozróżniają oddzielnych części dawnej Polski, przypuścić jednakże wypada, że morowe zarazy całe obszary nawiedzały, nie wyłączając zatem Wielkopolski. Nadmienić wszakże musimy, iż pomór ludzi nie zawsze za chorobę nagminnie panującą uważać należy, wiemy bowiem, iż nieurodzaje powszechne nieraz straszliwego głodu, a skutkiem tego i śmiertelności zwiększonej stawały się przyczyną, z drugiej strony jednakże skutkiem ponawiających się klęsk elementarnych wywołany głód w szerokich dzielnicach dawnej Polski mógł sprowadzać rozmaite choroby zakaźne, podane przez kronikarzy pod ogólnem mianem głodu wyludniającego miasta i osady wiejskie.

Mniej lub więcej z końcem XV w. zapiski w archiwach się znajdujące wykazują nam w odnośnych latach grasujące zarazy w Poznaniu i przyległych wielkopolskich okolicach — zaczerpnięte zaś wiadomości z kronikarzy wyżej podanych odnoszą się zarówno do Wielkopolki, jak i innych ziem przez Polaków zamieszkałych.

Z wyjątkiem Długosza opisującego w r. 1348 morową zarazę dość szczegółowo z przydarzającemi się pojawami chorobowemi, inni kronikarze, nie wyłączając istniejących zapisów archiwalnych, zadowalają się wzmiankami o tak zwanej Pestis lub aër pestiferus, aura pestifera, nie podając żadnych bliższych objawów, z którychby sobie pewne pojęcie o istocie choroby wyrobić można.

Dr. Ludwik Gąsiorowski w swym „Zbiorze wiadomości i t. d." idąc za kroniką polską w wieku X napisaną przez Prokosza, podaje nam, iż najdawniejsza wiadomość o morowem powietrzu w Polsce sięga mniej lub więcej roku 840 po śmierci księcia Popiela. Czy jednakże śmiertelność pomiędzy ludem panująca skutkiem chorób zaraźliwych, lub też ówczas powszechnego głodu powstała, nie jest bliżej oznaczonem; znajdujemy tam bowiem tylko orzeczenie: „że wielka część żyjących (bardziej aniżeli od szabli podczas najkrwawszej wojny) mizernie wyginęła".

Również i w r. 987 wedle Długosza, skutkiem ogólnie panującego głodu, mór w Polsce zapanował; mówi on bowiem w swej Histor. Pol. II. r. p. 987 z powodu nadzwyczajnych grzechów ludzkich głód wielki i ogólny z przyczyny źle udałego zboża w całym prawie świecie zapanował, który to w pojedynczych okolicach wiele śmiertelników zabierając, także i w Polsce się rozprzestrzenił i wiele miast, siół i wsi wyludnił".

Lata 1003, 1006 i 1008 upamiętniły się w Polsce gwałtowną morową zarazą, Długosz mówi bowiem: „Dwojaka klęska, dwie plagi straszne, mór i głód nawiedziły w tym roku (1003) i srodze utrapiły ludność. Zaraza nie tylko w Polsce, ale w całym prawie świecie rozszerzyła się z taką gwałtownością, że gdy brakło cierpliwości chować umarłych ciała, żywych i oddychających jeszcze grzebano razem z umarłymi" (II. 157). W tomie I. kr. 6 wspomina o morze w r. 1006; a o roku 1007 wyraża się: „Głód, mór i zaraza okropna panowały temi czasy nie tylko w Polsce, ale w całym prawie świecie i sprzątnąwszy mnóstwo ofiar, wyludniły wiele miasteczek i włości".

Lata 1053, 1118, 1120, 1121, 1124 i 1158 upamiętnione były w Polsce wielkim głodem, względnie niezwykłą śmiertelnością. (Bielski, Długosz).

W r. 1174 panowało w Poznaniu morowe powietrze, którego ofiarą padł także Gerward biskup poznański (J. Łukaszewicz. Obraz historyczno-statystyczny miasta Poznania w dawniejszych czasach T. II str. 246).

---

[1]) *Uwaga.* Przeprowadzenie zarysu historycznego pojawiania się chorób zaraźliwych i nagminnie w Wielkopolsce panujących od najdawniejszych aż do naszych czasów, w ramach jednéj pracy okazało się niemożliwością. Oznaczyłem z tego powodu rok 1800. Od czasu bowiem okupacyi pruskiéj Wielkopolski, rząd pruski baczniejsze oko zwrócił na zapiski archiwalne, wymagając obszernych sprawozdań z wydarzających się chorób zaraźliwych. Materyjał zatem nagromadzony w tym względzie w archiwum od r. 1800 jest tak obszerny, a szczególniej z czasów panującéj po kilkakroć cholery, iż nie pracę przeznaczoną do pisma peryjodycznego, lecz książkę możnaby napisać o epidemijach w Wielkopolsce panujących. W miejscu tem niechaj mi wolno będzie złożyć podziękowanie najszczersze radzcy regencyjnemu p. Lekszyckiemu i Drowi Warschauerowi, którzy przy poszukiwaniach mych archiwalnych w król. archiwum państwowem w Poznaniu, z uznania godną uprzejmością pomocy mi swéj nie odmawiali, dostarczając starych zapisków i dokumentów. *Autor.*

Rok 1186 morowe powietrze według Długosza i Miechowity (Długosz *Hist. Pol.* I. 6. — Miech. *Chr. Reg. Pol.* III) znowu ziemie polskie i ruskie nawiedziło. W tym roku (1186) przypadło pamiętne zaćmienie słońca, a wkrótce nastąpiła ciężka na ludzi zaraza epidemiczna (*pestis*), która wielką zrządziła śmiertelność i siłę narodu na Rusi i w Polsce wytępiła".

W r. 1205 grasowało w Poznaniu morowe powietrze (J. Łukaszewicz, Obr. stat. m. Poznania II str. 247).

Lata 1211, 1212, 1212, 1219, 1221, 1222, 1223 i 1224 były latami klęsk skutkiem głodu i zarazy, a niemniej lata 1235, 1241 głównie ten ostatni skutkiem napadów tatarskich.

Strasznym jest opis Długosza okropnego głodu i moru w latach 1282 i 1283, w których skutkiem niedostatku i braku żywności matki własne dzieci pożerać miały. Długosz bowiem tak pisze III. 451: „Z klęskami domowych i zewnętrznych wojen połączył się jeszcze głód straszliwy, który nietylko Polskę, ale Czechy, Niemcy i inne kraje srodze utrapił. Była po wsiach i między ludem przez całe dwa lata tak wielka nędza, że wielu chroniąc się przed śmiercią i głodem, odbiegało swoich domów, żon i dzieci i wynosiło się za kawałkiem chleba do Węgier i Rusi. Ale i tu sroższa jeszcze potykała ich niedola. Większy jeszcze głód doskwierał Czechom, kędy matki wyzuwając się z uczuć rodzicielskich, z głodu własne zjadały dzieci. Z tej nędzy wyrodził się potem mór straszliwy, gdy lud przymuszony żywić się chwastami, liściem z drzew i innem szkodliwem zielskiem, brał w siebie mimowolnie różne trucizny i zarazy". Dodaje zaś Długosz, iż nieszczęśliwych szukających ratunku Węgrzy barbarzyńskim Kumanom, a Rusini Tatarom sprzedawali. O strasnej tej klęsce również i Bielski II. 171 i Miechowita III. 179. wspominają.

W r. 1288 sądząc z opisu Długosza, Wielkopolska wolną była od zarazy, która na Rusi wielkie spustoszenie poczyniła. Panującą tamże zarazę przypisywano zatruciu wód wszelkich przez Tatarów. Powiada bowiem Długosz III. 479: „Wielka zaraza i śmiertelność rozszerzona po krajach ruskich wielu ludzi obojej płci wytępiła. Nie spowodował jej zaś wpływ szkodliwy niebieskiego świata, ani powietrze zaraźliwe, ale powstała z wód złośliwie zatrutych przez Tatarów, z któremi w roku przeszłym połączyli się byli Rusini i pomagali im do pustoszenia krajów polskich. Z ciał pobitych chrześcian Polaków pojmanych w jasyr, których Tatarzy zabobonnicy wielcy do swych czarodziejstw, wróżb i uroków przeszło stu zamordowali, powyjmowane serca najtęższemi pozaprawiali truciznami i w wody tak stojące jako i rzeczne porozrzucali daleko na rożnach i żerdziach, aby się dłużej zachowały. Od nich zatrute wody tak dalece między Rusinami, którzy je do rozmaitego brali użycia, rozszerzyły zarazę i choroby, że nagle padali i umierali, a żadne nie pomagały im lekarstwa. Późno dopiero, gdy już wielu ludzi od tej zarazy wyginęło, dostrzeżono przyczyny złego i Rusini przestali używać wody jako szkodliwej i zabijającej".

Wiek XIV straszliwemi klęskami zapisał się w dziejach nieszczęśliwej ludności polskiej. Idąc za wskazówkami Kromera i Rzączyńskiego *(Hist. nat. Pol.)* podaje nam Dr. L. Gąsiorowski, iż skutkiem moru śmiertelność panowała w latach 1301, 1308, 1309, 1310 i 1312. W Łukaszewiczu (Obr. hist. stat. m. P.) znajdujemy wzmiankę, iż w r. 1312 także i w Poznaniu powietrze morowe panowało. W latach zaś 1315, 1317, a przedewszystkiem 1319 panował straszliwy głód w całej Polsce, który rozmaitych chorób zakaźnych — a jak Długosz powiada — gorączkowej zarazy stał się przyczyną.

W latach 1335 i 1343 szarańcza stała się powodem głodu, a tem samem ponownej śmiertelności.

Najstraszniejsza klęska, która naówczas nietylko Polskę, ale i całą Europę wyludniła, była owa czarna zaraza, przez współczesnych kronikarzy „Mors nigra" nazwana. W r. 1348 w miesiącu styczniu wtargnęła do Polski — a jak się zdaje już w r. 1347 według Łukaszewicza w Poznaniu się ukazała. Długosz tak o niej się wyraża: „W r. 1348 wielka zaraza morowa rozszerzywszy śmiertelność w calem Królestwie Polskiem nietylko Polskę, ale i Węgry, Czechy, Danię, Francyę, Niemcy i wszystkie niemal kraje chrześciańskie i barbarzyńskie srodze spustoszyła. A gdy niektórzy domyślali się, że takową klęskę zrządzili Żydzi przez zatrucie powietrza jakimś zabójczym jadem, w wielu miejscach mordowano ich, palono i wieszano. Poczęła się zaś rzeczona zaraza morowa w miesiącu styczniu i trwała ciągle przez siedm miesięcy, dwakroć ponawiając klęskę. Pierwszy raz objawiała się przez dwa miesiące gorączką nieustanną z krwotokiem z ust — a chorzy umierali w ciągu trzech dni. Drugi raz trwała pięć miesięcy, a objawem jéj była podobnież nieustająca gorączka, nadto wrzody i dymienice (*apostemmata et anthraces*) które tworzyły się na zewnętrznych częściach ciała, osobliwie pod pachami i na słabiznach; chorzy umierali w dniach pięciu. Tak zaś były obie choroby zaraźliwe, że się nietylko obcowaniem z zapowietrzonymi, ich tchnieniem, ale spojrzeniem samem udzielały (*uti non conversatione tantummodo et anhibitu sed a solo aspectu infectio pestifera sequeretur*). Od Wschodu ku Zachodowi szerząc się ta plaga wszystek świat prawie zapowietrzyła, tak iż ledwie czwarta część ludzi została przy życiu".

Następny rok 1349 nie oszczędził przerzedzonej ludności, gdyż znowu, jak Długosz powiada IV. 221 „z przyczyny panującéj w kraju gorączki wielu ludzi, tak ze szlachty jak pospólstwa wymarło". W tym roku i Poznań według Łukaszewicza od zarazy wolnym nie pozostał.

W dziesięć lat później straszna ta choroba znów się pojawiła. Już w r. 1359 zawitało morowe powietrze do Poznania. Posłuchajmy wszakże opisu Długosza IV. 259. „Zaraza gorączkowa wszystkie niemal na zachodzie Królestwa nawiedziwszy, rozgościła się w Polsce, Węgrzech, Czechach i podległych im sąsiednich ziemiach i wszystkie miasta, miasteczka i wsie Królestwa Polskiego takiéj nabawiła klęski, że trwając ciągle przez sześć miesięcy, większą część ludności wszelkiego stanu, wieku i płci wytępiła. W samym Krakowie 20.000 na tę zarazę wymarło. Niektóre miasteczka, wsie i włoście tak srodze tą plaga były dotknięte, że pozamieniały się prawie w pustynie. Nie było komu nawet grzebać umarłych; była to klęska bezprzykładna. Zaczęła się zaś ta zaraza około dnia św. Michała, objawiwszy się przez gwałtowne gorączki, bolaki, wrzody i dymienice (febres, bocios, carbunculus et anthraces), które wielką zrządziły śmiertelność, a potem z pewnemi przerwami, nie bez wzmagania się, grasując aż do połowy roku następnego, z taką nareszcie w ciągu trzech miesięcy wybuchnęła srogością, że w wielu miejscach ledwo połowa ludności została przy życiu. Tem zaś różniła się ta klęska od poprzedniéj, która przed laty 12 kraj nasz nawiedziła, że tamta wiele sprzątnęła ludzi z pospolitego gminu, od téj zaś więcéj szlachty i ludzi możnych, dzieci i kobiet wyginęło". (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 marca. Jak donosi *Medycyna* Tow. lekarskie w Charkowie i municypalność tego miasta celem uczczenia zasług rodaka naszego Dra Władysława Frankowskiego obchodziły uroczyście 50 letni jubileusz jego działalności na polu lekarsko-społecznem. Miasto uchwaliło nadać zasłużonemu naszemu rodakowi obywatelstwo honorowe, nazwać oddział zaraźliwych chorych w miejskim szpitalu dziecięcym oddziałem Frankowskiego, przyozdobić portretem jego salę porad w tymże szpitalu i wysłać do Jubilata deputacyę od miasta. — Dr. Frankowski wychowaniec szkoły wileńskiéj a następnie uniwersytetu charkowskiego wykonywa praktykę w Charkowie od lat 50 ciu i odznaczył się głównie podczas kilku epidemij cholery, które miasto nawiedzały. W uznaniu głośnych zasług Jubilata Tow. lek. warsz. mianowało go swoim członkiem honorowym. Będziemy zapewne wyrazem kolegów galicyjskich, jeżeli w ich imieniu przyłączymy się do hołdu, złożonego Mężowi tak wielkich zasług.

* Wyszedł drugi zeszyt dzieła prof. Cybulskiego w Krakowie p. t. „Fizyjologija człowieka". Tym sposobem połowa cennego dzieła, wychodzącego w Warszawie przy pomocy Kasy Mianowskiego, ukończoną została. Część ta zawiera fizyjologiję układu krwionośnego i limfatycznego, rzecz o oddychaniu i trawieniu. Po sprężystości autora, który mimo licznych zajęć pra-

cuje bez przerwy, spodziewać się należy, że i druga połowa względnie prędko ujrzy światło dzienne, a wtedy literatura polska lekarska posiadać będzie podręcznik fizyjologii, jakim nie wszystkie szczęśliwsze od nas narody szczycić się mogą. Wydanie dzieła tego bardzo było na czasie, nietylko przez wzgląd na wielką liczbę słuchaczów medycyny w Krakowie, ale i przez wzgląd na powstać mający Wydział lekarski we Lwowie, oraz na wszystkich słuchaczów medycyny polaków, choć uczęszczających na wykłady lekarskie z obcym językiem wykładowym. Wielka liczba słuchaczów medycyny wogóle, z upragnieniem wyczekujących pojawienia się wykładu fizyjologii w języku polskim, liczącego się z postępem nauki, umożebni w krótkim czasie nowe wydanie téj pożytecznéj książki, która tym sposobem nie ulegnie przestarzeniu i na długi czas pozostanie jednym z najważniejszych podręczników. Szanownemu autorowi należy się więc uznanie i wdzięczność, do któréj nietylko studenci, ale i lekarze praktyczni, którym znajomość postępów fizyjologii obojętną być nie może, chętnie się poczuwają. Druk dobry, obfitość rycin, język poprawny i jasne przedstawienie rzeczy, niemało przyczyniają się do powiększenia znaczenia książki; pragnęlibyśmy tylko, aby korekta mogła być staranniejszą, co wprawdzie jest zadaniem trudnem z powodu, że książka drukuje się zdala od miejsca pobytu autora; zanosimy jednak prośbę do tych kolegów, którzy zajmują się korektą, aby takie, na szczęście nieliczne, rażące błędy, jak np. na str. 423, gdzie wydrukowano, że gruczoł przyuszny zawiera pomiędzy innemi platynę (zamiast ptyalinę), w tak pięknéj i pożytecznéj książce nie istniały.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** — Docent wiedeński Dr. Alfons Rosthorn mianowany został nadzw. profesorem ginekologii i położnictwa w Grazu. — Docent prywatny Dr. Ernest Emil Moravcsik mianowany nadzw. profesorem psychijatryi w Budapeszcie. — Celem obsadzenia katedry opróżnionéj wskutek śmierci prof Lippa Wydział lek. w Grazu proponował 1mo loco prof. Jarischa w Insbruku, 2-do i ex aequo docentów wiedeńskich Drów Fingera i Riehla.

* **Odznaczenia.** Radzca rządowy i profesor położnictwa w Lublanie Dr. Alojzy Valenta otrzymał szlachectwo austryjackie. — Dr. August baron Härdtl, lekarz zdrojowy w Gasteinie, tytuł radzcy dworu. — Lekarz praktyczny we Lwowie Dr. Franciszek Janda tytuł radzcy cesarskiego.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiellońskim pp. Zygmunt Stanisław Nowak z Krynicy i Józef Zoll z Podgórza rodem.

* W ostatnim zeszycie Virchowa w rubryce Nekrologija zaszedł błąd dziwny. Otóż według autora téj rubryki ostatni z Jagiellonów umarł w r. 1891, a miał on być lekarzem w państwie rosyjskiem. Nie trudno dla nas domyśleć się, że autor nekrologu miał na myśli Dra księcia Żagiella, który rzeczywiście umarł w roku przeszłym. — Po gruntowności niemieckiéj wypadałoby spodziewać się, że piszący powinien wiedzieć, że ród Jagiellonów wygasł przeszło 300 lat temu.

* W tygodniu 10-ym (od 6—12 marca) było w Krakowie małżeństw 5, urodzeń 45, skonów 64, z tych z zapalenia płuc 15, z gruźlicy 7, z nieżytu żołądka i jelit 3, z dławca i błonicy 2, z płonicy 2.

* **Zmarli:** w Manchesterze neuropatolog Dr. James Ross, w Pradze b. profesor zoochemii w uniw. niemieckim tamże Dr. Józef Lerch, — w Lipsku tajny radzca lek. i prof. położnictwa D. Karol Credé, urodzony w r. 1819, — w Hali nadzwycz. profesor medycyny wewnętrznéj Dr. Bernard Küssner w 40 roku życia. — W Rzeszowie umarł Dr. Ignacy Kohn licząc lat 91. Urodził on się w Poznańskiem w r. 1801, uczył się w Padwie, a przez długie lata praktykował w Rzeszowie.

Na rzecz funduszu żelaznego Tow. lekarzy galic., jako kasy wsparcia wdów i sierot po członkach tegoż Tow., przysłali na ręce Dra Merunowicza koledzy z Nowego Sącza kwotę 55 złr. z składki pozostałą, jako reszta po zakupnie wieńca na trumnę kol. ś. p. Dra Onufrego Trembeckiego.

Sprostowanie. W Nrze 12, str. 144, szpalcie I-éj, wierszu 18 od dołu zamiast kol. Braun powinno być kol. Browicz.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 2 Kwietnia 1892. Nr. 14.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Podał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

Kiszka ślepa w ostatnich latach stała się przedmiotem szczególnéj uwagi chirurgów przez wkluczenie spraw zapalnych tak jéj saméj, jak również wyrostka robaczkowatego w obręb tych cierpień brzusznych, które podlegają skutecznie leczeniu chirurgicznemu. Okoliczność ta, zdaje mi się, wywrze ten skutek, iż przez częstsze i wcześniejsze zwrócenie uwagi na tę okolicę tak ważną we względzie chirurgicznym, lepiéj poznane zostaną inne cierpienia tego organu, które dzisiaj zrzadka tylko stają się przedmiotem zabiegu operacyjnego, pomimo iż odnośne cierpienia bynajmniéj nie należą do rzadkości. Mam tu na myśli raki, a raczéj wogóle biorąc nowotwory kiszki ślepéj, których w ciągu dwóch lat widziałem nie mniéj niż pięć przypadków. Nowotwory kątnicy dotychczas traktowane bywają wspólnie z naroślami innych odcinków kiszki. Zdaje mi się, że dość istnieje względów, aby choroby kiszki ślepéj grupować razem w jeden dział, a w nim na osobną kategoryję zasługują guzy tego organu. Położeniem anatomicznem stale określonem, szczególnym stosunkiem do otrzewny, obecnością zastawki biodrowo-kątniczéj, częstością rozmaitych spraw chorobowych w tym odcinku kanału kiszkowego, niedalekiem sąsiedztwem z narządami miednicy, na których dokonywane operacyje należą do najczęstszych, jelito ślepe wyróżnia się od innych odcinków kiszki. To jest powód, dla którego w pracy niniejszéj zebrałem wszystkie dostępne mi wycięcia i pokrewne operacyje dokonane na kiszce ślepéj, pomijając nowotwory innych odcinków.

Według zestawienia Leichtensterna, częstość raka w rozmaitych częściach kanału kiszkowego, pomijając kiszkę prostą, przedstawia się w następujący sposób: *flexura sigmoidea 42, colon descendens 11, colon transversum* i obie *flexurae 30*; *colon adscendens 6: coecum, processus vermiformis* i *valvula ileocoecalis 32,* jelito cienkie 33 — razem 154 przypadków na 616 przyp. raka kiszki prostéj. Ponieważ kątnica stanowi wcale krótki kawałek kanału kiszkowego, przeto co do częstości raka zajmuje trzecie miejsce. Gdy nadto dodamy, iż jest ona częstem siedliskiem zwężeń bliznowatych i grużliczych, które częstokroć przedstawiają się klinicznie pod postacią guzów, przyjdziemy do wniosku, iż operacyje na tym odcinku jelita nie powinny należeć do rzadkości. W rzeczywistości rzecz ma się nieco inaczéj, a przyczyną tego jest, iż choroby kiszki ślepéj, o których tu mowa, nie są dostatecznie znane lekarzom; w początkowych okresach, choć już istnieją wyraźne objawy, przypadłości kładzie się na karb zaburzeń kanału pokarmowego i leczy wodami, elektrycznością i środkami farmaceutycznemi, w okresach późniejszych, gdy nietylko lekarz, nawet przy powierzchownem badaniu, ale nawet niekiedy i sam chory odnajduje guz, naturą jego i punkt wyjścia błędnie się oznacza, przyczem najrzadziéj bierze się pod uwagę kiszkę ślepą. — Jeśli to bywa u kobiety, przedewszystkiem ma się na myśli jajnik lub macicę, jeżeli u mężczyzny wątrobę, pęcherzyk żółciowy, nerkę, sieć, na ostatku, zwłaszcza jeśli brak, jak to nierzadko zdarza się, grubych objawów kiszkowych, przychodzi na myśl kątnica.

O ile trudnem może być rozpoznanie punktu wyjścia guza, biorącego początek z obu krzywizn (*flexura hepatica et lienalis*) oraz z poprzecznicy, z powodu albo głębokiego położenia pod wątrobą i śledzioną, albo zrostów i zamaskowanych stosunków i przypadłości ze strony nerek, wątroby, pęcherzyka żółciowego, a zwłaszcza żołądka, o tyle w większości przypadków rozpoznanie guzów kiszki ślepéj nie przedstawia w pewnym przynajmniéj okresie żadnych trudności. — Guz zajmuje okolicę dołu biodrowego prawego, a jeśli osobnik nie jest zbyt otyły i nie ma rozdęcia kiszek, widać go czasami okiem i wyczuć można wybornie palcami; jest on twardy, nierówny i znacznie przesuwalny we wszy-

stkie strony, więcéj na prawo i na lewo, mniéj ku górze i dołowi, a u osobników z wiotką ścianą brzuszną (co się nierzadko zdarza w późniejszych okresach) guz daje się objąć palcami i odsuwać od tylnéj ściany brzusznéj. Guz pozostawiony sobie samemu zajmuje rzec można charakterystyczne dla kątnicy położenie: guzy jajnika téj wielkości, z wyjątkiem nadzwyczajnych torbieli przyrosłych lub zaotrzewnowych, leżą w miednicy małéj, zatem znacznie niżéj, guzy nerki, pęcherzyka żółciowego leżą wyżéj, pierwsze rozciągają się do okolicy lędźwiowéj i dopiero z biegiem czasu opuścić się mogą ztamtąd do dołu biodrowego. Raki części odźwierniczéj przy znacznem rozszerzeniu żołądka mogą się opuszczać tutaj; w jednym przypadku przy próżnym żołądku z nadzwyczajną łatwością mogłem zepchnąć do prawego więzu Pouparta guz odźwiernika, lecz pozostawiony sobie zajmował miejsce w nadbrzuszu Guzy pierwotne sieci rzeczywiście mogą przedstawiać się niemal identycznie jak guzy k. ślepéj, lecz nie mówiąc już o przypadłościach, nie należy zapominać, jak to słusznie podnosi Koenig[1]), że guzy sieci należą do wielkich rzadkości w porównaniu z kątnicą, która posiadając nablonek przedewszystkiem może być punktem wyjścia raka téj okolicy. Nadewszystko zbijać z właściwego tropu nie powinna ruchomość i znaczna przesuwalność guza; kątnica w zupełności obleczona jest otrzewną tak, jak serce osierdziem, i dokoła jak to ostatnie można ją obejść palcami. Fakt ten oddawna doskonale znany w Niemczech nietylko w znamienitych podręcznikach anatomii jak Henlego, lecz i klinicystom (n. p. Leube[2]); we Francyi i w Anglii stał się powszechniéj znanym od czasu prac Tuffiera[3]) i Trevesa[4]). To umieszczenie kiszki między listkami otrzewny a nie po za nią pozwala na znaczne ruchy organu, który w razie rozwoju w nim ciężkiego guza, nabywa jeszcze większéj ruchomości. Jeśli do tego dodać, iż w wyjątkowych razach nawet *colon adsc.* posiada własne *mesocolon*, znaczna nawet przesuwalność guza zdziwić nikogo nie powinna. Zachowuje się ona przez bardzo długi czas trwania choroby, nawet gdy zostaną zajęte najbliższe gruczoły chłonne, dlatego, że pierwszy posterunek gruczołów limfatycznych kiszki ślepéj leży w saméj ścianie pod otrzewną, a dalsze dopiero znajdują się w kresce i poza otrzewną. Ruchomość guza jest zaznaczoną w ogromnéj większości przypadków zebranych przezemnie, ponieważ zaś przypuścić wolno, iż chorzy z rakiem kiszki byli badani i operowani w rozmaitym czasie od chwili rozpoczęcia się nowotworu, przeto ruchomość rzeczywiście zachowuje się bardzo długo. Z czasem następują zrosty z sąsiedniemi pętlicami, z siecią, z poprzecznicą, które wraz ze zwyrodnieniem rakowatem kiszki, ze skurczeniem się samej k. ślepéj, wywołują znaczne ograniczenie ruchów, póki nakoniec guz nie zostanie zupełnie unieruchomiony przez zrosty z powięzią dołu biodrowego lub ze ścianą brzuszną. W tym ostatnim przypadku przy niedokładnem badaniu sprawa mogłaby być poczytaną za cierpienie ściany brzusznéj, chociaż anamneza, objawy czynnościowe i poważny ogólny stan chorego aż nadto dają rękojmi przeciw podobnéj pomyłce, mogącéj pociągnąć za sobą w razie operacyi niemiłe dla operatora i chorego następstwa.

[1]) *Die Operationen am Darm bei Geschwulsten. Arch. für klin. Chir.* T. 40, str. 908. — [2]) *Die Krankheiten des Magens und Darms.* 2 wydanie str. 241. — [3]) *Etude sur le coecum et les hernies. Archives Générales de Médecine.* 1887. str. 641. — [4]) *British med. Journal. February.* 1887.

Mogą jednakowoż zdarzyć się wyjątkowe trudności, które są w stanie uniemożliwić prawdziwe rozpoznanie nawet najbieglejszemu klinicyście. Czerny[1]) opisał przypadek gruźliczego cierpienia kiszki ślepéj, w którym oprócz guza twardego, gładkiego, kształtu nerki, przesuwalnego, były napady boleści w brzuchu i pęcherzu, z brakiem tchu i znacznem osłabieniem, oraz białkiem i krwią w moczu, co skłoniło do rozpoznania nerki ruchoméj i wykonania nawet nefrorafii; przyczem autor ten dodaje: „jak łatwo wpochwienie kątnicze lub guz kiszki ślepéj przez swój kształt imponować może jako nerka wędrująca, wypływa choćby ztąd, że przedtem już dwakroć zdarzyła się mi podobna pomyłka“. Taką samą pomyłkę zaznacza Sacré w przypadku operowanym przez Jacobsa. Michaux[2]) przedstawiał w Towarzystwie chirurgicznem paryskiem guz kiszki ślepéj, który rozpoznano jako nowotwór złośliwy powrózka nasiennego i dopiero podczas operacyi spostrzeżono pomyłkę.

Objawy czynnościowe zwężeń rakowatéj i bliznowatéj natury są tak szczegółowo rozebrane zarówno w podręcznikach chorób wewnętrznych i chirurgicznych, jak i w monografijach np. Trevesa, że to mnie uwalnia od bliższego ich rozbioru tutaj. Natomiast na podstawie dwóch swoich przypadków chcę zwrócić uwagę na początek choroby. Właściwie mówiąc nie mamy najsłabszego nawet wyobrażenia o początkowych okresach raka kiszki ślepéj, jak raka kiszki wogóle. Jeżeli wnosić wolno jest z pewnych objawów chorobowych w przypadkach, w których w następstwie stwierdzono raka, w takim razie przyjść musimy do przekonania, że w pewnych przynajmniej razach r a k k i s z k i p r o s t e j t r w a ć m o ż e c a ł e l a t a, zanim przejawi się w całéj pełni swych złośliwych własności. Na okoliczność tę kładzie nacisk Koenig, moje zaś dwa spostrzeżenia najzupełniej to potwierdzają: w jednym chory trzy lata cierpiał na zaparcie stolca, zanim wystąpiły typowe przypadłości rakowego zwężenia. Możnaby słusznie zapytać się, czy mamy prawo w tych razach początek nowotworu odnosić do początku owego zaparcia, gdyby nie przypadki podobne mojemu wtóremu, w którym n i e t y l k o z a p a r c i e s t o l c a l e c z i g u z i s t n i a ł s i e d m l a t, i był poczytywany za nagromadzenie kału, zanim przyszedł charakterystyczny zbiór dolegliwości (*complexus symptomatum*), właściwych zwężeniu kiszki. Tutaj już wątpliwości nie ulega żadnéj, iż co najmniej tyleż lat istniał nowotwór złośliwy, prawdopodobnie jako guz zajmujący część ściany kiszkowéj, i jako taki nie zawadzający krążeniu zawartości jelita; dopiero, gdy nowotwór otoczy kiszkę w kształcie pierścienia występują objawy zwężenia. Nie sama przecież forma nowotworu wpływa na wcześniejsze lub późniejsze pojawienie się tych objawów; doniosłe w tym względzie znaczenie ma punkt wyjścia nowotworu, który inaczej zachowywać się będzie względem sprawności kiszki, gdy powstanie z zastawki Bauhina, a inaczej gdy punktem wyjścia był otwór prowadzący do wyrostka robaczkowatego; w tym ostatnim przypadku nowotwór może doróść znacznych rozmiarów nie tamując, ani przeszkadzając przesuwania się kału. — Wreszcie wpływa tu jeszcze jeden czynnik, a tym jest szybszy lub wolniejszy wzrost samego raka, co do którego znaczne zachodzą różnice, podobnie jak w raku innych dostępnych dla oka organów. Jeżeli roz-

[1]) *Ueber chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberculose. Beitraege zur klin. Chirurgie.* T. VI. str. 77. — [2]) *Revue de Chirurgie* 1889.

pad części wystających do światła jelita bierze górę nad sprawą ściągania się (*Schrumpfung*), wtedy nawet w raku otaczającym pierścieniowato światło kiszki nie dojdzie do zwężenia jelita i brakować może całe życie objawów tak typowych dla zmniejszenia światła kiszkowego. Ten zupełny brak objawów funkcyjonalnych ze strony kanału kiszkowego był powodem, że w drugim przypadku swoim nie byłem wstanie napewno rozpoznać, zkąd wyszedł nowotwór. Chory inteligentny i wykształcony człowiek jasno opowiada, że prócz boleści w samym guzie nic mu nie dokucza; nie ma on ani odbijania, czkawki, wymiotów, ani kruczenia w brzuchu, napadami zjawiających się ruchów robaczkowych (*Peristaltische Unruhe*), ani kolki, lub gniecenia, ani rozwolnień przerywanych upartem zatwardzeniem; nigdy też nie widział w wypróżnieniach krwi, śluzu, ropy lub innej niezwykłej domieszki. Opieszały stolec i słabe łaknienie oto jedyne przypadłości, które go wcale nie dziwiły, przywykł bowiem do nich od lat wielu. Taki sam brak objawów ze strony kiszki znajdujemy u jednego z chorych Billrotha.

Na jeden punkt chce jeszcze zwrócić uwagę, a mianowicie, że przy opukiwaniu ponad guzem, pomimo, że wydaje się bardzo twardym, i przy starannem macaniu nie można odkryć uginania się ściany zwyrodnionéj kiszki, otrzymuje się jednakowoż odgłos nie tępy, lecz tympaniczny stłumiony; tak było w moich obu przypadkach, a to samo zanotowano w 2 spostrzeżeniach Czernego, Hofmokla. Na ten objaw należy zwrócić pilną uwagę, gdyż stwierdziwszy go ze wszelkiemi ostrożnościami (wykluczenie interpozycyi kiszki, lekkie opukiwanie i tylko ponad środkową, najbardziéj wypukłą częścią guza) ma się ważny dowód na korzyść kiszkowego pochodzenia guza, gdyż nowotwory z nerki, sieci lub pęcherzyka żółciowego wychodzące dają zawsze przy opukiwaniu odgłos tępy.

Guz przy najstaranniejszem nawet macaniu dla poważnéj większości klinicystów przedstawił się jako okrągły, nierówny; okoliczność ta tłomaczy się tem, że przez ścianę brzuszną choćby cienką nie podobna jest wymacać ani *colon adsc.*, które zazwyczaj jest puste, sklapnięte i posiada ścianę na pół zanikłą, ani też kiszki biodrowéj, któréj punkt wejścia w guz jest głęboko położony i niedostępny dla śledzenia.

Rak rozrastać się może bardzo długo, całe lata, może uledz rozpadowi, a mimo to jeszcze jest odziany błoną surowiczą i mięsną ściany kiszkowéj, która otacza go na kształt torby (*capsula*); dopiero w późnych okresach w niektórych przypadkach ta naturalna baryjera zostaje zniszczoną; następuje przyrośnięcie do otaczających części, a między niemi i do ściany brzusznéj; od światła kiszki w owrzodzenia i kanały wchodzi kał, pod wpływem którego przyjść może do względnie ostréj sprawy zapalnéj, do flegmony, utworzenia się przetoki kałowéj w ścianie brzusznéj (*przyp. Kraussolda*). W przypadku Thierscha lekarz sądząc, że ma do czynienia ze zwykłą flegmoną, zrobił cięcie i przyspieszył powstanie przetoki. W naszym drugim przypadku to ropienie i zapalenie rozlane do około ropnia było powodem owego żywego bólu, jaki choremu zaczął odtąd dokuczać. Niekiedy, jak w przypadku Czernego, owrzodzenie i ropienie szerzy się głównie ku tyłowi w kierunku powięzi dołu biodrowego, wytwarzając tam ropnie (*abscessus*), niemiłe powikłanie przy wycięciu guza. To wreszcie tworzą się przetoki pomiędzy k. ślepą i sąsiedniemi pętlicami zwłaszcza z poprzecznicą. Przy takich zmianach guz przestaje być okrągłym, obrysy jego stają się niewyraźne, zlewając się z nacieczeniem zapalnem.

Jeżeli na podstawie ściśle zebranéj anamnezy, rozbioru objawów czynnościowych i danych przedmiotowych w większości przypadków możemy dojść do niewątpliwego rozpoznania punktu wyjścia guza, to w daleko mniejszym stopniu powiedzieć to można o możności rozróżnienia rozmaitych przewlekłych chorób kiszki ślepéj, prowadzących do wytworzenia się guza, stanowiącego charakterystyczny objaw kliniczny. Zarówno rak, jak i gruźlica, a nawet proste zwężenie bliznowate (*przyp. Maydla*) mogą dawać niemal identyczny obraz chorobowy; okoliczność ta tłumaczy z jednéj strony szereg pomyłek rozpoznawczych, z drugiéj zupełnie uzasadnione z punktu klinicznego łączenia tych tak różnorodnych spraw anatomo patologicznych, jak to zrobił Koenig w pracy przytoczonéj wyżéj. Czerny, Durante rozpoznają raka, tymczasem badanie wykazuje gruźlicę; Maydl rozpoznaje również raka, po wycięciu okazuje się zwyczajne zwężenie bliznowate. (C. d. n.)

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza.

O pasorzycie zimnicy.

Studyjum kliniczno-etyjologiczne.

Napisali

Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Stefan Blatteis.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13.)

Laveran nie przypuszcza podziału plasmodium na rozmaite gatunki, jak to włoska szkoła czyni. Uznaje, że plasmodium pod najrozmaitszemi postaciami występuje i dzieli je na cztery formy zasadnicze, t. j. 1) plasmodium sferyczne (endoglobularne szkoły włoskiéj), 2) plasmodium rzęskowe, 3) plasmodium półksiężycowe i 4) rozetkowate. Postacie te są to cztery stopniowe stany rozwojowe plasmodium.

Twierdzi on, że plasmodium nie w ciałku żyje, lecz za pomocą rzęsków przyczepia się do ciałka i na jego powierzchni pozostaje.. Postacie rzęskowe wolno w krwi się znajdujące uważa za najcharakterystyczniejszą postać, jaką pasorzyt w rozwoju swym przyjmuje.

Szkoła włoska uważa pasorzyty w rzęski zaopatrzone za postacie obumierające, na co liczne przytacza dowody, z których najważniejsze są:

1) że pasorzyt rzęskowy dopiero po 20 minutach w preparatach krwi się ukazuje i to w coraz większéj ilości;

2) że po zdjęciu krwi na szkiełko i natychmiastowem utrwaleniu preparatu kwasem osmowym nie napotykamy postaci rzęskowych (Grassi, Feletti).

Dock uważa pasorzyty rzęskowe za postacie nie biorące udziału w rozwoju.

Jak ktokolwiek na nie się zapatruje, nam z naszéj obserwacyi trudno się zgodzić z zapatrywaniem Laverana, jakoby ciałka rzęskowe były najistotniejszą i zawsze pojawiającą się postacią rozwojową pasorzyta zimniczego. Nie tylko bowiem niezawsze lecz stosunkowo rzadko zdołaliśmy napotkać postacie pasorzyta z rzęskami.

Aczkolwiek stała różnica morfotyczna dostatecznie stwierdza odrębność poszczególnych gatunków pasorzyta, to doświadczenia przez szczepienie w czasach ostatnich wyko-

nane wybitnie to stwierdzają. Antotisei, Angelini a przed krótkim czasem di Mattei przeszczepiając krew z przypadków czystéj, nie powikłanéj zimnicy na ludzi zdrowych, zdołali w zupełności wytworzyć taką samą postać zimnicy, w jakiéj ona u osoby, z któréj krew wzięto, występowała.

Doświadczeń w tym kierunku wogóle wykonano niewiele, gdyż przeszczepianie na ludzi nawet tak nieszkodliwego zakażenia napotyka na trudności, a na zwierzęta zimnica przeszczepić się nie da, jedynie na niektóre gatunki małp i to nie zawsze. W tym względzie *plasmodium malariae* zupełnie podobnie się zachowuje jak pokrewne mu z pozorów przebywające w krwi (w ciałkach czerwonych) gadów, płazów i ptaków. Te, jak to Danilewski w obszernéj swéj pracy wykazał, wywołują podobne stany chorobowe u niektórych rodzajów zwierząt, a przeszczepić ich na człowieka lub na inne gatunki zwierząt nie można.

Szkoła włoska przypuszczając rozmaite rodzaje pasorzytów, które się w różnym czasie rozwijają, tłumaczy jasno rozmaite postacie zimnicy; uważa napad zimniczy *(febris)* za następstwo dojrzewania jednéj generacyi plasmodium, a przerwę *(intermittens)* za czas rozwoju pasorzyta, powrót napadu za świeży rozwoj pasorzytów, których zarodniki w stanie biernym w narządach ustroju spoczywały, aby w dogodnym czasie znów się rozwinąć (przyczem przypuszczenia, że półksiężycowe formy są trwalemi zarodnikami, *Dauersporen*, jest możliwem).

Laveran przypuszczając jeden tylko gatunek plasmodium, ucieka się do sztucznego tłomaczenia rozmaitych zjawisk i postaci zimnicy. Tłómaczy on to tak: „Jeżeli zapadnie na zimnicę osoba silna, która jéj nigdy nie przebywała, wtedy system nerwowy silnie oddziaływa i powstaje *febris continua* lub też *quotidiana*. Jeżeli chory jest niedokrewnym, osłabionym przebytemi napadami i jego układ nerwowy mniéj z tego powodu jest pobudliwym, wówczas przerwy dłuższe nastają. Układ nerwowy coraz bardziéj przyzwyczaja się do obecności hematozoów i coraz mniéj na nie oddziaływa.

Nie ulega jednak wątpliwości, że odporność organizmu ważną rolę odgrywa, że ustrój występuje do walki z pasorzytem i często bez pomocy leków plasmodyje niszczy w zupełności albo przynajmniéj działanie ich osłabia. Inaczéj bowiem pasorzyt rozmnażałby się niezmiernie w człowieku, co jednak tylko wyjątkowo się dzieje. Wiadomo bowiem, że jeden pasorzyt rozpada się na 6—8 zarodników. Walkę tę organizmu z pasorzytem tłómaczymy sobie faktem, iż bez porównania więcéj widzimy plasmodyjów śródciałkowych rozwiniętych, aniżeli podległych sporulacyi.

Prawie wszyscy autorowie tłomaczą zgodnie eliminacyję pasorzytów z ustroju fagocytyzmem w pojęciu Miecznikowa. I w istocie można zauważyć, iż ciałka białe w roli niszczenia pasorzytów główną rolę odgrywają.

Badając krew po napadzie, widzimy ciałka białe zawierające złogi barwika (*melaniferae*), a w ciężkich przypadkach duże leukocyty z zawartemi wśród nich całemi ciałkami czerwonemi lub też pasorzytami (*plasmodiferae*), w ogóle jednak tak jedne jak drugie są nieliczne. W krwi wziętéj ze śledziony ciałka takie bardzo są liczne, co dowodzi, iż fagocytyzm ten głównie odbywa się w śledzionie, i jak w ostatnich czasach badania Bignamiego dowodzą, również w wątrobie i szpiku kostnym. Fagocytyzm rozpoczyna się podczas napadu i można go z 8 do 10 godzin widzieć.

Białe ciałka składają zawarty w nich barwik wśród pojedynczych narządów mianowicie w śledzionie, szpiku kostnym i wątrobie, a w ciężkich przypadkach w mózgu, nerkach i skórze.

W zimnicach o bardzo ciężkim przebiegu, gdzie fagocytyzm zniszczyć nie zdoła plasmodiów, rozradzają się one w krwi i mogą sprowadzić zaczopowanie naczyń krwionośnych, co gdy dotyczy naczyń mózgowych, powstaje *coma malaricum*, wywołujące śmierć.

Oprócz w ciałkach czerwonych i białych napotykamy ziarnka barwika w surowicy między ciałkami krwi pływające. Szczególnie licznemi są strąty barwika melaniny w chérach, gdzie plasmodium czasem znaleźć nie można. Złogi melaninu powstające, jak wyżéj powiedzieliśmy, pod wpływem zużycia w ciałku krwi hemoglobiny przez pasorzyt, występują w postaci ziarn lub igiełek krystalicznych koloru od brudno-żółtego do czarnego w wszelkich odcieniach.

Rosenbach zauważył, iż często występują strąty barwy biało- lub szaro-żółtéj, że odcień barwny jest ściśle od ciężkości zakażenia zależnym, czyli, że im ciemniejszy barwik tem cięższe zakażenie.

Golgi odróżnia odcień barwny melaniny w czwartaczce i w trzeciaczce.

W dalszym toku chcemy zwrócić uwagę na możność brania pasorzytów zimniczych za postacie zwyrodniałe czerwonych ciałek krwi. Szczególnie tyczy się to krwi niebarwionéj; w preparatach barwionych błękitem metylenu wśród ciałek czerwonych krwi spotykane niebieskie twory mogą być tylko plasmodyjami.

Jedyny wyjątek w leukemii i niedokrewności złośliwéj, w których występujące w ciałkach krwi czerwonych jądra w pierwszéj chwili za pasorzyt zimniczy uchodzić mogą.

W preparatach krwi świeżéj występujące „wakuole“ (rzadko) mogą być uważane za plasmodium i to tylko w pierwszym okresie rozwoju (formy Cellego); silne załamywanie światła bowiem, brak ruchów ameboidowych, niemożność zabarwienia się ich, usuwają początkową niepewność.

Również za formy bezbarwikowe początkowe pasorzyta uchodzićby mogły tak zwane formy depresyjne Quinckego ciałek krwi czerwonych, które naśladują ruchy plasmodium, przybierają najrozmaitsze postacie i w niektórych gorączkowych pojawiają się chorobach. Te również się nie barwią, łamią światło mocno, występują często w grupach i nie odbywają ruchów ameboidowych.

Postać form półksiężycowych pasorzyta przybierać mogą wielopostaciowe ciałka krwi czerwone, czasem już w stanach prawidłowych a często w niedokrewności i blednicy. W niebarwionych jednak preparatach łatwo je odróżnić po barwie jasno-białéj, budowie i braku wianuszka strątów barwikowych; w barwionych zaś ta okoliczność, że nie barwią się charakterystycznie, usuwa wątpliwość, w którą już nikt przy małéj wprawie nie popadnie.

Badania statystyczne, do których obecnie przystępujemy, rozpadają się na dwa działy:

a) W pierwszym staraliśmy się odpowiedzieć na pytanie, czy w wszystkich naszych przypadkach zimnicy plasmodium w krwi się znachodzi, przyczem nie uwzględnialiśmy rodzajów pasorzyta, dlatego braliśmy jak na wstępie zaznaczyliśmy, tylko przypadki zimnicy wybitne.

b) W drugim na pytanie, czy w innych przypadkach chorobowych plasmodium we krwi istnieje.

Dodatkowo obserwowaliśmy działanie leków niektórych i zachowanie się krwi w ogólności.

Wykazem statystycznym objęlismy 81 przypadków. Z tych prócz jednego wszyscy chorzy nabawili się zimnicy w Galicyi. Jeden zapadł na ciężką zimnicę w Egipcie nad kanałem Suezkim. Prawie wszystkie przypadki z nielicznemi bardzo wyjątkami dostarczyły najbliższe okolice Wisły. Z 81 przypadków w 71 stwierdzono na oddziale gorączkę, w 10 przypadkach jéj nie było.

Na 71 przypadków gorączkowych:

Zimnicy z torem codziennym 22 przypadki.

Zimnicy z torem codziennym podwójnym (*quotidiana duplex*) 2 przypadki.

Trzeciaczki 26 przypadków.

Czwartaczki 11 przypadków.

Chéry 2 przypadki (oba z początkową nieregularną gorączką).

Remittens i *continua* 6 przypadków.

Do ostatnich zaliczamy dwa przypadki, w których z początku przez jeden dzień gorączka była stałą, a późniéj przyjęła tor codziennie przepuszczający.

Jeden przypadek, w którym przez dwa dni była stała gorączka, a późniéj pod formą trzeciaczki przebiegała.

Jeden przypadek, w którym gorączka 2 dni stale się utrzymywała, wśród dreszczów wieczornych, a późniéj formę codzienną przepuszczającą przybrała.

Dwa przypadki istotnéj *remittens*, z tych jeden dziewięć, drugi siedm dni trwający. Oba te przypadki przebiegały z gorączką ciągłą, z dreszczami występującemi w pierwszym przypadku regularnie o jednéj porze dnia, z początku co dzień dwa razy, późniéj raz, w drugim zupełnie nieregularnie.

Po zadawaniu chininy gorączka opadła *per lysim* z remisyjami wysokiemi.

Co do form zwalniających musimy dodać to zastrzeżenie, że spostrzegaliśmy je w czasach panowania influenzy, jest więc możliwem zakażenie mięszane, do którego to przypuszczenia nas uprawnia stwierdzony przez innych i przez nas fakt, że osoby, które zimnicę przebywały, zapadłszy na inną jaką chorobę gorączkową, bardzo szybko w recydywy zimnicy ostréj popadają, a krew ich zawiera plasmodia.

W wymienionych przypadkach *febris remittens* u kilku chorych istotnie zdołaliśmy stwierdzić anamnestycznie przebytą poprzednio zimnicę.

Z 10 przypadków bezgorączkowych wymieniamy:

Trzy przypadki napadowo występującego nerwobólu nerwu oczodołowego jednego obustronnego a dwóch jedno i lewostronnego.

Jeden przypadek napadowego bólu głowy, co drugi dzień występującego.

Dwa przypadki nerwicy żołądka, z których w pierwszym przypadku bóle silne co dzień regularnie się pojawiały, w drugim co dni cztery występujące bóle żołądka z potami i nudnościami.

Jeden przypadek, gdzie chory przedtem w domu przebywał zimnicę a na oddziele miewał codzienne napady nudności, wymiotów i rozwolnienia, które to objawy najdaléj po trzech godzinach wśród potów ustępowały.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Radzca zdrowia Dr. B. Wicherkiewicz: Trzynaste sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za r. 1890.

Sprawozdanie to jest przeważnie wykazem statystycznym ruchu chorych i czynności zakładu. Z suchych cyfr jednak tego wykazu wyłania się ostro obraz żywotności i postępu zakładu. I tak rozporządza zakład obecnie 2-ma asystentami, ilość łóżek zwiększono do 72, ruch chorych dosięgł liczby 3945, w klinice stałéj leczono w roku sprawozdania 848 osób, większych operacyj wykonano 528. — Z szeregu sumiennie zestawionych tablic zasługuje może na wyszczególnienie okoliczność, że czas panowania epidemii influenzy w obrębie działalności zakładu wykazuje niezwykłe wzniesienie się liczby chorych na oczy. Natomiast liczba notowanéj jaglicy niepomiernie zmalała (z 666 w r. 1889 na 401), na co, jak przypuszcza autor, wpłynęło rozległe stosowanie nowszych środków i nowszych sposobów operacyjnych. *Dr. Sroczyński.*

Farmakologija.

Guttmann (Berlin): **Salofen.**

Salofen, nowy lek przeciw gośccowy pierwsza wytworzyła fabryka Bagoza w Elberfeld. Środek ten tworzy białe krystaliczne, drobne blaszki bez smaku i woni, nierozpuszczalne w wodzie, a w alkoholu łatwo rozpuszczalne. G. próbował salofenu w przypadkach świeżego ostrego gośćca stawowego w dawce dziennéj 4—6 gr. ze skutkiem bardzo dobrym. Już w 2 dniu leczenia można było zauważyć zmniejszenie się bolów i obrzmienia. Przytoczone 4 opisy przypadków chorobowych mają służyć za dowód prawdziwości poprzedniego twierdzenia. Nie o wszystkich wprawdzie przypadkach można było to samo powiedzieć, ale i przy leczeniu kw. salicylowym uporczywy ból i obrzęki nie zawsze ustępują, a rozszerzanie się choroby na inne stawy należy do zwykłych zjawisk. Własności przeciwgorączkowe salofenu nie są znaczne; ciepłota opada wprawdzie, ale na krótko. Własność ta nie należy jednak do ujemnych stron nowego leku, uczy bowiem doświadczenie, że siła uśmierzania bólów w gośccu ostrym nie stoi w stosunku prostym w obecnie używanych lekach do ich wpływu na ciepłotę, czyli że leki, które stale i znacznie ciepłotę zmniejszają, wywierają mały wpływ na ból i obrzmienie (antipyrina, antifebryna, fenacetyna). W przypadkach gośćca przewlekłego salofen nie wiele skutkuje. (*Z. f. Th.* Nr. 2, 1892.)

Choroby skórne i weneryczne.

Lang (Wiedeń): **O leczeniu kiły rtęcią z uwzględnieniem zapalenia nerek u kiłowych.**

Lang należy do umiarkowanych merkuryjalistów a przebija to w każdéj jego pracy, nie mniéj z ostatniéj o powyższym tytule. Przed przystąpieniem do leczenia rtęciowego bada L. dokładnie chorego, a jeżeli ten przedstawia obraz chery np. z powodu gruźlicy, zimnicy, zołzów itd., to woli odstąpić od leczenia rtęcią lub poprzednio stara się takiego chorego dobrze odżywić przez wprowadzenie go w lepsze stosunki hygieniczne. Wśród kuracyi rtęciowéj szczególną uwagę zwraca nietylko na usta i kiszki, lecz także i na nerki, i dlatego poddaje mocz często badaniu. Zapalenie nerek należy bowiem do nierzadkich komplikacyj zatrucia rtęciowego. U dotkniętych kiłą znachodzi się często białko w moczu, które pochodzić może niezależnie od leczenia rtęcią od działania jadu kiłowego (*Nephritis syphilotoxica* Fürbringer, Petersen). Zdarza się to w okresach wczesnych kiły i wymaga leczenia rtęciowego. Białkomocz występuje także w okresie późnym a polega na zmianach anatomicznych w nerce (zmiana skrobiowata) lub na tworzeniu się w nerce kilaków. Rzeczą jest lekarza, aby umiał natychmiast rozpoznać, z jakim białkomoczem ma do czynienia, bo jeżeli ma do czynienia z nerką skrobiowatą to rtęci nie użyje, przeciwnie zaś wobec kilaka tem energiczniéj do leczenia przystąpi. Oczywiście badania moczu i obecność w nim części

morfologicznych i rtęci ułatwia znacznie rozpoznanie. Na nerki tem bardziéj uwagę zwracać należy, że nawet małe dawki rtęci w pigułkach podawanéj już zadrażnienie ich mogą sprowadzić a nietolerancya w tym kierunku u niektórych osób jest zadziwiającą. Autor używa dotychczas z dobrym skutkiem wstrzykiwań podskórnych oleju rtęciowego (*oleum cinereum*). Przy téj sposobności polemizuje znowu z Kaposim w sprawie tego przetworu, który, jak wiadomo, Kaposi stanowczo potępił, opierając się na jednym śmiercią zakończonym przypadku. L. wytoczył obecnie ciężkie działa, bo posądza Kaposiego o rozmyślne i w znanych celach wypowiedziane kłamstwa!

Przetwory nierozpuszczalne rtęci radzi zapisywać nie z wodą lub gliceryną lecz z mięszaniną lanoliny z parafiną płynną. Zawiesina z wodą utworzona niejednostajnie się układa i dlatego w dawkach, jak to Ullmann wykazał, mogą zachodzić różnice nawet 90% wynoszące. W mięszaninie poprzedniéj przetwory te jednostajniéj się układają, trzeba ją jednak przed każdem użyciem ogrzać, w ciepłocie niższéj bowiem krzepnie. Autor nie wstrzykuje nigdy więcéj nad 0.05, 50% *oleum cinereum* w grzbiet, a nie w pośladki i to co 4-ty dzień w pierwszym tygodniu a w następnych coraz rzadziéj! 8—12—16 wstrzyknięć wystarcza w zupełności. *Oleum cinereum* jest skuteczniejsze aniżeli wcierania szaréj maści i dlatego stosuje je autor tylko w przypadkach, które szybkiego i energicznego wyleczenia wymagają. Fakta te potwierdzają Balzer, Thiroloix, Huot, Eich i Ehrmann. (*Centrbl. für d. g. Th.* Nr. 1, 1891) *Dr. Mendelsburg.*

Choroby nerwowe.

S. Goldflam: **Dwa przypadki t. zw. Myoclonus multiplex (Paramyoclonus multiplex Friedreich).**

Autor opisując spostrzegane przez siebie przypadki przytacza pokrótce objawy téj choroby wymieniane od czasu Friedreicha przez rozmaitych badaczy, zwraca uwagę na niestałość objawów i przychyla się do zdania tych autorów, którzy w myśl Friedreicha przyznają wspomnianéj chorobie odrębne stanowisko pośród nerwic ruchowych. Rozmaitość form nie pozwala na nakreślenie dokładnego obrazu choroby, bo każdy niemal przypadek ma w sobie coś odrębnego, wyróżniającego go z pośród innych. Ogólną cechą spotykaną stale są drgawki kloniczne, występujące w różnych mięśniach ciała, najczęściéj w kończynach, tak dolnych jak górnych. Niejednokrotnie daje się spostrzegać pewna rytmiczność tych mimowolnych ruchów. Odnośnie do dwóch przypadków opisanych przez G. daje się zauważać pewne ich podobieństwo do siebie, i tak: w przypadku pierwszym choroba rozwinęła się u młodego, 26 letniego wieśniaka bezpośrednio po przebyciu ostréj choroby zakaźnéj prawdopodobnie, duru, zajmując najpierw kończynę górną prawą,a po przebyciu drugiéj choroby zakaźnéj, któréj z anamnezy bliżéj określić nie można, rozprzestrzeniła się na mięśnie całego ciała. W zupełnym spokoju tak fizycznym jak i psychicznym drgawki te, a raczéj ruchy mimowolne, ustępują prawie zupełnie, a przynajmniéj znakomicie wolnieją; z chwilą jednak gdy chory czy to wykona jakikolwiek ruch czy też spostrzeże, że jest obserwowanym, występują natychmiast na nowo z całą pierwotną siłą. Zresztą badanie nie wykazuje żadnych przedmiotowych zboczeń w sferze nerwowéj.

W drugim przypadku wystąpiła choroba u robotnika, który przy robotach ziemnych został aż po pachy zasypany i najprawdopodobniéj po części przestrach, po części doznany uraz, należy uważać za przyczynę, która wywołała chorobę. Bezpośrednio po tym przypadku dostał chory gorączki trwającéj 6—7 tygodni i zaraz po tem zauważał lekkie trzęsienie rąk wzmagające się w przytomności osób obcych. Stan taki znośny jeszcze dla chorego trwał 5 lat i od tego czasu po przywidzeniu, którem się bardzo przeraził, datuje się znaczne pogorszenie. Drgawki zajęły odtąd cały tułów i kończyny dolne, a wzmagały się coraz bardziéj. I tu podobnie jak w pierwszym przypadku jakakolwiek podnieta zewnętrzna, często małoznaczna, wywołuje wzmożenie drgawek, których nie ma w zupełnym spokoju, ruchy dowolne sprowadzają również wzmożenie drgawek tak, że zajęcie się jakąkolwiek pracą jest niemożebne. Przypadek ten różni się od pierwszego tem, że pobudliwość mechaniczna mięśni jest w wysokim stopniu wygórowana i lekkie uderzenie wystarcza, aby wywołać silne skurcze. Z opisu zaznaczyć tu jeszcze wypada, że niektóre skurcze odbywały się rytmicznie, podczas gdy w większości opisanych dotychczas przypadków rytmu nie spostrzegano.

Rozpoznanie swoje usprawiedliwia autor tem, że oba te przypadki, jakkolwiek odstępujące w niektórych punktach od podawanych dawniéj opisów téj choroby, jednak najbardziéj jeszcze z pośród wszystkich nerwic ruchowych do niéj są podobne, a z drugiéj strony nie chce ich zaliczać do t. zw. „nerwic z przestrachu“, znając słusznie niestosowność téj nazwy, która jest raczéj mianem momentu etyjologicznego aniżeli nazwą saméj choroby, a zresztą pierwszego przypadku i w tym dziale pomieścić by nie można właśnie z powodu sprzecznéj anamnezy i etyjologii. (*Kronika lek.* Nr. 2, 1892.) *Dr. L. Korczyński.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

18 posiedzenie z dnia 19 grudnia.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 22. Nowi członkowie koll. Obtułowicz i Kruszyński.

1) Przewodniczący oznajmia, że Redakcyja „Nowin lek.“ nadesłała list z oświadczeniem, że wobec uzyskanego poparcia pismo to nadal wychodzić będzie.

2) Kol. Rieger oznajmia, że książki pozostałe po ś. p. Drze Jarosiewiczu ofiarowała familija biblijotece Sekcyi.

3) Kol. Machek przedstawia chorego z zaczopowaniem tętnicy środkowéj siatkówki oka lewego.

4) Kol. Feigel przedstawia dwa preparaty anatomiczne a) gruczoł krokowy nadmiernie przerosły, b) tętniak tętnicy udowéj.

5) Kol. Mukowicz przedstawia kobietę, u któréj z powodu przetoki kałowéj wykonał resekcyję jelita. — W dyskusyi mówił kol. Ziembicki.

6) Nastąpił wykład kol. Edwarda Sawickiego „o teoryi Meynerta“. Sekretarz *Dr. Mukowicz.*

19 posiedzenie z dnia 2 stycznia.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 30.

1) Przewodniczący zawiadamia, iż zastępował Sekcyję lwowską w obchodzie jubileuszowym Tow. lek. krak.

2) Kol. Obtułowicz przedstawia dwa preparaty uzyskane drogą operacyi: a) Melanoma wycięte z wargi mniejszéj 75-letniéj kobiety; b) preparat przepukliny pępowinowéj noworodka. — W dyskusyi zabierali głos koll.: Krokiewicz, Feigel, Kadyi, Webr i Obtułowicz.

3) Kol. Bารącz przedstawia chorego po podwiązaniu tętnic tarczykowych z powodu wola ze znacznem polepszeniem co do objawów duszności i chrypki; b) fotografiję chorego po resekcyi wola obustronnéj.

W dyskusyi kol. Ziembicki mówi, że robi tylko resekcyję wola, gdyż te przypadki podwiązania tętnic, które widział, wcale co do wyników nie były zachęcające.

4) Kol. Merunowicz czyni wniosek, aby koll. Gostyńskiemu, Krówczyńskiemu i Stroynowskiemu wyrazić podziękowanie i zupełne uznanie za to, że w Radzie miejskiéj z całą energiją wystąpili w obronie stosunków sanitarnych Lwowa. — Wniosek po krótkiéj dyskusyi oklaskami przyjęto. Następnie przyjęto wniosek kol. Kadyego, aby wybrać komisyję, któraby ułożyła memoryjał do Rady miejskiéj, żądający poprawy opłakanych stosunków sanitarnych, wreszcie wniosek kol. Merunowicza, aby wyborem téj komisyi zajęło się nowe Bióro Sekcyi.

5) Kol. Ziembicki przedstawia a) chorego po resekcyi *recti*, z powodu znacznego wypadnięcia wykonanéj; b) chorego po faryngotomii sposobem Mikulicza Obalińskiego wykonanéj z powodu *sarcoma tonsillae*.

6) Kol. Feigel przedstawia preparaty: a) niezwykły okaz raka gardziela, płuc i serca, b) rozległy rak żołądka i wątroby, c) *ascarides lumbricoides ductus choledochi hepatis obturantes*. — W dyskusyi zabierali głos koll. Krokiewicz i Obtułowicz.

Nastąpiły wybory komisyi matki.

Sekretarz *Dr. Mukowicz*.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 2 Marca 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 20.

1) Kol. Prezes zawiadamia obecnych, iż opinija Tow. o Izbach lek. odeszła już do Namiestnictwa.

2) Komitet przedstawia do przyjęcia na członków zwyczajnych Tow. koll. Dra Pawła Radeckiego i Dra Stanisława Czaplińskiego — a na członka korespondenta kol. Izydora Fajersztajna z Warszawy, co Towarzystwo jednogłośnie uchwaliło.

3) Kol. Rydygier przedstawia chorą z *osteosarcoma* kości czołowéj, która już była przedstawioną na jednem z poprzednich posiedzeń, z ubytkiem w kości czołowéj, powstałym przez usunięcie nowotworu. Obecnie dokonano plastyki sposobem Schönborna, przyczem wzięto płat z głowy z zewnętrzną blaszką kości ciemieniowéj z szypułą na dole przed uchem. Chora będzie późniéj po dokonanéj transplantacyi skóry przedstawioną.

4) Kol Surzycki przedstawia maszynki elektryczne wyrobu Freunda i wnosi imieniem komisyi przemysłowéj, aby Tow. zechciało polecić maszynki jego wyrobu. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj zaznaczył między innemi kol. Domański, że dałyby się uskutecznić pewne poprawki w wykonaniu maszynek, wniosek komisyi przemysłowéj został przyjęty.

5) Następnie wygłosił kol. Beck odczyt, będący streszczeniem większéj pracy, którą wykonal w celu zbadania przyczyny rozpowszechnienia zapatrywania, że część lędźwiowa rdzenia u żab nie bierze udziału w powstawaniu odruchów. Doświadczenia, które prelegent w tym celu w zakładzie fizyjol. Uniw. Jag. wykonał, doprowadziły go do wniosku, że część lędźwiowa rdzenia wystarcza najzupełniéj do tego, aby odruch mógł powstać i że odmienne zapatrywanie jest następstwem ujemnych wyników przy doświadczeniach wykonanych przez innych autorów. Wyniki te ujemne tłmaczy B. z jednéj strony wpływem tamującym samego przecięcia rdzenia, na co prócz Gada nikt z autorów nie zwracał uwagi — z drugiéj strony uszkodzeniem pierwszych korzonków tylnych, których rola jest w przeprowadzaniu odruchów, według doświadczeń Becka, bardzo ważną, a które dzięki swemu położeniu i przebiegowi są narażone na uszkodzenie. Samo naciągnięcie tych korzonków znosi odruchy nawet, gdy pozostałe korzonki są nienaruszone. Odczyt urozmaicił kol. Beck uskutecznieniem kilku doświadczeń na żabach.

Po otwarciu dyskusyi zabiera głos kol. Gluziński i zapytuje Prelegenta, czy było robione cięcie poniżéj pierwszéj pary korzonków tylnych; bo jeśli dwa dolne są nienaruszone a nie ma odruchu, więc trzeba przypuścić, że część rdzenia, leżąca poniżéj pierwszéj pary nie bierze udziału w powstawaniu odruchów.

Kol. Beck zaznacza w odpowiedzi, iż przecięcie rdzenia poniżéj pierwszéj pary jest trudne, bo równocześnie nadweręża się przednie korzonki, jednakże przez bezpośrednie drażnienie mechaniczne rdzenia poniżéj pierwszéj pary okazało się, że można było wnioskować, iż właściwe ośrodki odruchowe znajdują się znacznie niżéj.

Kol. Rydygier zapytuje, czy Gad pierwéj ogłosił swoje doświadczenia niż kol. Beck; mowca bowiem był przekonany, że kol. Beck był pierwszy i dlatego interpeluje.

Kol. Beck w odpowiedzi stwierdza, iż literatury wogóle nie uwzględniał, a w pracy szczegółowéj, gdzieindziéj umieszczonéj, jest cała literatura w chronologicznym porządku uwzględniona przed podaniem wyników własnych doświadczeń; a jedynie tylko okoliczność, że Gad częściowo podobne doświadczenia robił i poniekąd do podobnych doszedł wyników, skłoniła prelegenta do wzmianki o doświadczeniach Gada.

Kol. Rydygier zaznacza, że kol. Beck powinien był na wstępie o doświadczeniach Gada wspomnieć.

W dalszéj dyskusyi zabierali jeszcze głos koll. Rydygier, Buzdygan i Prelegent, poczem posiedzenie zamknięto.

Sekretarz *Dr. Jan Opieński*.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie I. z dnia 3 lutego 1892 r.

Przewodniczący kol. Korczyński. — Członków obecnych 12.

1) Odczytano list p. H. Tretera ze Lwowa, w którym donosi, że powiększył i rozszerzył swą fabrykę kakao i czekolady tak, że posiada obecnie 10 maszyn do wyrabiania tych przetworów. Kakao przesłane na okaz tak wejrzeniem, jakoteż smakiem dorównywa wyrobom zagranicznym, a opakowanie w puszkach szczelnie zamkniętych daje wszelką rękojmię dobrego przechowywania. Na tę samą pochwałę zasługuje wyrób czekolady. To też komisyja uchwala popierać i nadal wyroby p. H. Tretera, które polecone zostały przez Tow. lek. krak. uchwałą z dnia 6 marca 1889 r. i wykonywać i nadal kontrolę nad ich fabrykacyją.

2) Przyjęto do wiadomości świadectwa o stanie zdrowia obory i służby stajennéj mleczarń w Gnojniku, Grodkowicach i Śledziejowicach za miesiąc grudzień 1891 i styczeń 1892 r.

3) Zastanawiano się nad wyrabianiem w kraju wyciągu mięsnego nakształt podobnych wyrobów zagranicznych i polecono Sekretarzowi komisyi, aby przeprowadził pod tym względem korespondencyję z producentami krajowymi przetworów dyjetetycznych i spożywczych.

4) Udzielono Przewodniczącemu absolutoryjum z wydatków komisyi a skoro fundusze komisyi zostały wyczerpane, upoważniono sekretarza do czynienia dalszych wydatków na koszt Tow. lekarskiego, które i tak od czasu zawiązania się komisyi nie ponosiło żadnych kosztów kancelaryjnych tejże komisyi.

5) Uchwalono uprosić Dra Murdzieńskiego, aby przedsiębrał dalsze doświadczenia z krowianką p. Freysingera, lekarza w Lisku, a prof. Bandrowskiego, aby wskazał, które ze zdrojów w Drużbakach na Spiżu zasługuje na szczegółowy rozbiór chemiczny.

6) Na wniosek Dra Śliwińskiego postawiony w imieniu podkomisyi wybranéj na posiedzeniu w dniu 5 listopada 1891., uchwalono zaniechać myśli założenia w Krakowie fabryki wyrobów chemicznych i farmaceutycznych, a natomiast dążyć do tego, aby w kraju założoną została wielka drogueryja, któraby aptekarzom dostarczała z pierwszéj ręki przetworów chemicznych i farmaceutycznych zagranicznych, a zarazem była głównym składem przetworów leczniczych, dyjetetycznych i hygijenicznych krajowych, również roślin lekarskich krajowych. Sprawą tą ma się zająć ta sama podkomisyja, która rozważała rzecz o założeniu krajowéj fabryki wyrobów chemicznych i farmaceutycznych.

7) Po przedstawieniu przez prof. Dra Olszewskiego wyników rozbioru chemicznego trzech zdrojów z Czarnego Potoka pod Łąckiem, uchwalono zawiadomić właściciela p. Hipolita Pieklewskiego, że jeden ze zdrojów do badania nadesłanych odznacza się tak znaczną ilością kwasu węglowego i tak pokaźną ilością składników stałych, osobliwie węglanu sodowego i chlorku sodu, że zasługuje w całéj pełni na to, by go ująć w trwałą cembrzynę, uregulować odpływ, zbadać wydajność i poddać szczegółowemu rozbiorowi chemicznemu.

8) Uchwalono poddać ocenieniu wodę kreozotową wyrabianą przez jednego z aptekarzy krakowskich.

9) Sekretarz komisyi w wykonaniu uchwały z d. 9 kwietnia 1888 r., by starać się o wyrabianie w kraju przyrządów do leczniczego stosowania prądu indukcyjnego i galwanicznego, przedstawia przyrządy te wyrobu Pp. Stanisława Freunda mechanika Uniw. i Kazimierza Zielińskiego mechanika i optyka w Krakowie. Przyrządy obydwóch fabrykantów czynią zadość wszelkim wymogom tak co do dokładności wykonania, jakoteż co do

użyteczności w praktyce lekarskiéj, a nie przewyższając cen podobnych przyrządów zagranicznych, zasługują w całem tego słowa znaczeniu na uznanie, polecenie i rozpowszechnienie. (Wniosek ten Towarzystwo lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniach w dniu 2 i 16 marca 1892 roku.)

Sekretarz kom. przem.-lek. *Dr. Michał Śliwiński.*

V. Zarazy nagminnie w Wielkopolsce panujące aż do roku 1800.

ZARYS HISTORYCZNY.

Opracował

Dr. Wacław Zaremba.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13.)

Skutki owéj morowéj zarazy i w następnych latach odczuwać się jeszcze dawały. Już r. 1362 zapanował głód, a z nim nieodstępne choroby zaraźliwe (Stryjkowski. *Chron.* XII. 405). W r. 1364 znowu pomór i bardzo ciężka zima. (Bielski II).

W latach 1370 aż do 1372 morowe powietrze znowu swe ofiary zabierać zaczęło w r. 1371 zapanowało w Poznaniu (Łukaszewicz). Długosz zaś powiada (IV. 324) „zaraza gorączkowa, która w Królestwie Polskiem roku zeszłego zwolna szerzyła się między ludźmi, w tym roku (1372) z taką wybuchła gwałtownością, że w wielu miejscach zabrakło miejsca na cmentarzach“.

Czy w r. 1383 morowa zaraza, niszcząca wedle Miechowity (IV. str. 268) szczególnie województwa Małopolskie, i do Wielkopolski się przedostała, nie jest nam wiadomem. Wspomina o niéj także Długosz (IV. 415). Za to w r. 1412 według podania Łukaszewicza, opierającego się na Kromerze, straszliwe morowe powietrze panowało w Poznaniu i Wielkopolsce. (Także Długosz V. 141).

O roku 1425 znajdujemy wzmiankę w Bielskim (III). Dr. L. Gąsiorowski w swoim „Zbiorze wiadomości do hist.“ sądzi, iż do zarazy w tym roku panującej odnoszą się słowa Lerneta (Rocznik Tow. Przyj. Nauk II. 24) „w początku XV wieku Władysław Jagiełło, król polski dla ciężkich zaraźliwych chorób z Poznania aż do Horodła uježdżać przymuszony, wiele dworzanów w drodze z naciągnionej z miejsc zaraźliwych choroby utracił“. Długosz (V. 399) wspomina, iż w roku 1430 w zimie „morowe powietrze w całéj niemal panowało w Polsce“, nie musiało jednakże być nadto groźnem, gdyż „pomimo tej śmiertelnéj zarazy, przybyła na sejm do Warty wielka liczba prałatów i panów“.

W r. 1432 morowe powietrze wybuchło w Poznaniu (Łukaszewicz), a w r. 1440 ciężka zima, głód niezmierny i pomór Polskę nawiedził. Stryjkowski w swojej Kronice (XVII. 561) opowiada: „sami też ludzie z liścia, z korzenia ladajakiego y lepu jemiolowego, który Miechovius, Viscum łacińskim językiem zowie, chleb działali, a to ochotnie y smacznie jedli; którzy potym lata przyszłego zdychali. Bowiem złe korzenie y zioła niezwyczajne ku jedzeniu po onym głodzie y drogości choroby w ludziach nieuleczone uczyniły“. To samo opowiada nam Długosz V. 578.

W latach 1451 i 1452 w Poznaniu i okolicy morowe powietrze silnie się srożyło. Wspomina o niem Bielski IV. 347. „tegoż czasu (1451) był też mór w Wielkiej Polszcze, ale w Małej Polszcze nic słychać nie było“. Również i Miechowita IV. 328 o pomorze w tymże roku, lecz tylko w Wielkopolsce panującym wspomina. W Łukaszewiczu czytamy, iż w r. 1451 i 1452 powietrze morowe w Poznaniu grasowało. Długosz także mówi: VI. 91. „Wiele krajów i państw nawiedziła morowa zaraza, ale szczególniej wzmogła się w Królestwie Polskiem, a zwłaszcza powiatach Wielkiej Polski, gdzie znaczną liczbę ludzi sprzątnęła ze świata“.

W r. 1464 opowiada nam Dr. L. Gąsiorowski (Zbiór wiadomości i t. d. T. I. 82), iż tak sroga zaraza w mieście Poznaniu panowała, iż kapituła tameczna swoje zwykłe zgromadzenie kapitulne, Capitulum zwane, dnia 2-go października w kościele św. Krzyża w Owińskach pod Poznaniem obchodzić zniewoloną była, a to dla tego, iż reszta księży zwykła się była oddalać. Łukaszewicz zaś w swym „Obrazie hist. stat. m. Pozn.“ powiada (Tom II str. 262) „w tymże samym roku (1464) w miesiącach jesiennych panowało w Poznaniu powietrze morowe; cała kapituła ukrywała się przed zarazą po wsiach i lasach okolicznych“ (*Acta capit.*). Długosz potwierdza to, mówiąc: „gdy morowa zaraza poczęła się coraz bardziej wzmagać w Brześciu (Kujawskim), król Kazimierz wyjechał ztamtąd do Kłodawy. W wielu okolicach Wielkiej Polski, jako to w Poznaniu, Wschowie i stronach przyległych wielkie czyniła spustoszenie“.

Już w dwa lata później t. j. 1466 „pokazało się w Poznaniu powietrze morowe, które aż do r. 1468 trwając miasto wyludniło niezmiernie“ (Łukaszewicz. Obraz hist. stat. m. P. Tom II. str. 262) Długosz zaś opowiada (VI. 430): „zaraza gorączkowa nawiedziła także miasto Toruń, a wiele z rycerzy i mieszkańców Torunia codziennie umierało. Sędziwoj, wojewoda sieradzki, dotknięty tą zarazą, trzeciego dnia życie zakończył, a Jan arcybiskup gnieźnieński (widocznie zatem i w Wielkopolsce zaraza się szerzyła) zachorowawszy, ledwie wyratował się z niebezpieczeństwa. Morowa zaraza prawie wszystkie kraje polskie, wyjąwszy Pomorze, Prusy, Ruś i Mazowsze, srogiemi nawiedziła klęskami; krążąc po całem królestwie i przebiegając dziwnemi przeskokami miasta, wsie i miasteczka, jedne pomijała, w drugich szerzyła spustoszenia. Tą zgubną i długotrwałą plagę, która najpierw na miasta, potem na wsie i miasteczka uderzała, zrządził stan dżdżysty nieba, a stąd powszechny nieurodzaj. Przez cały rok bowiem ciągle panowały słoty, zima przytem nadzwyczaj ciepła, jakiej nie było przykładu, powiększała jeszcze morową zarazę, która dotrwała aż do postu wielkiego“.

W roku następnym 1467 znowu klęska się ponowiła, czytamy bowiem w Długoszu VI. 468. „Rok 1467 po wszystkich prawie krajach polskich, a osobliwie Wielkiéj Polsce, Mazowszu, Rusi, Podolu i części Szląska zgubną szerząc zarazę, która trwała aż do stycznia, niemałą liczbę miast i wsi w pustynię zamienił. Stąd niedostatek wielki i drogość zboża w całéj Polsce uczuć się dała i byłaby ta plaga daléj jeszcze się rozszerzyła, gdyby w czasie powietrza tyle nie wymarło ludzi“.

Również i lata 1472 i 1474 nie były wolne od zarazy, czy jednakże i w Wielkopolsce naówczas panowała, nie znajdujemy nigdzie bliższych wskazówek.

W roku 1480 pokazało się, wedle Łukaszewicza, morowe powietrze w Poznaniu, które dopiero w r. 1483 ustało; wspomina o niem Miechowita (*Chron. Regn. Pol. Lib.* IV. 344) mówiąc „Anno ante sequente scil. 1483 devenit et invaluit pestis in majori Polonia, Masovia et coram viciniis, multam frequentiam mortalium occidendo“.

W r. 1495 wybuchło w Poznaniu bardzo silne morowe powietrze (Łukaszewicz) w miesiącu wrześniu i trwało aż do zimy. O zarazie téj znajdujemy w *Liber relationum* akt grodzkich poznańskich następującą wzmiankę „Eodem die (2 mensis Octobris 1495) Rndus Pater et egregius vir D. Nicolaus de Sendla (następują tytuły, które opuszczamy) officialis posnan. generalis ibidem Judicio pro tribunali sedens, considerando sibi partibusque in negociis et causis judicialiter tractandis periculum imminens racione pestis morbique contagionis in loco et civitate posnan. adaucte locoque plurima iam ocupata[1]).... omnes et singulas causas.... post festum Scti Martini prox. ad ipsius mortalitatis in grassante mitigationem suspendit“. A dalej zaraz: „Die octava mensis Novembris 1495. Hic item officialis ex eo quid modico pestis cessavit, causas profanales resumpsit“.

Roku następnego 1496 zaraza morowa znowu w Poznaniu i okolicy szerzyć się zaczęła. Zima w tym roku ostra wstrzymała zarazę na kilka miesięcy, z powrotem jednakże lata zaczęła się srożyć na nowo (J. Łukaszewicz. Obraz hist.

---

[1]) Miejsca oznaczone kropkami zawierają w oryginale zdania lub słowa nie należące do rzeczy nas głównie obchodzącéj, tj. zarazy, te zatem opuściliśmy.

stat. m. Pozn. II. str. 263). Zdaje się zatem, iż powietrze morowe z r. 1496 było dalszym ciągiem zarazy w r. 1495 w Poznaniu wybuchłéj.

Wiek XVI w samych już początkach zaznaczony jest klęską morowéj zarazy w Poznaniu, gdyż 1505 r. wybuchła tamże tak silnie, iż cała kapituła miasto opuścić była zmuszoną (Dr. L. Gąsiorowski. Zbiór wiadomości I. 85); w aktach grodzkich znajdujemy także wzmiankę w słowach: „Anno D. 1505 pestis viguit non modica ad septimanas fere 26“. (*Relationes posnan.* Również i J. Łukaszewicz. Obraz i t. d. II. 265).

W niespełna lat 10 Wielkopolskę zaraza znowu nawiedziła, srożąc się przez lat kilka tj. 1513, 1514, 1515 i 1516. Jak Dr. L. Gąsiorowski wedle źródeł w swem dziele „Zbiór wiadomości“ podanych zaznacza, w samym Poznaniu przez dwa lata, przeszło 10.000 ludzi wymarło. O pomorze tym J. Łukaszewicz również wspomina (Obraz hist. stat. m. Pozn. II. 266). W archiwum kapituły znajdujemy wzmiankę: „Anno 1515 pestis ingravescere coepit circa ecclesiam cathedral. Scti. Petri et in illius confiniis ad jacentibus, duravit tandem et in civitate ac suburbiis ejus usque ad festum nativitatis domini inclusive, in qua hominum multitudo magna absumpta est, citra octo millia personarum etc. prout hoc fossores sepulcrorum fatebantur“ *(Acta consistorialia* 1500—1525 podane w *Chronik der Stadtschreiber von Posen.* Pag. 11. p. A. Warschauera archiwaryusza król.).

Śmiertelność wielka panowała także w Poznaniu skutkiem choroby wynikłéj w latach 1520 (Dr. L Gąsiorowski) 1524 w całéj Polsce (Bielski V. 502) i 1526 jak nam zapiski akt grodzkich w *Liber relationum posnan.* podają. Znajdujemy tam bowiem następującą wzmiankę „Hic (die 26 mensis Augusti a. D. 1526) Dnus officialis (Nicolaus de Oleschnicza) omnes et singulas causas pendentes... propter perhorrescentiam Aeris ad primam iuris[1]) post festum S. Michaelis Arch. suspendit“. Tamże druga wzmianka „de d. 22 Octobris. Hoc anno Posnaniae magna viguit pestilentia“. W aktach zaś konsystorskich wedle podania A. Warschauera, *Chronik der Stadtschreiber von Posen* Pag. 14. znajdujemy wiadomość, iż zaraza ta aż do postu w r. 1528 się przeciągnęła, sądząc z czasu powrotu do miasta rajców miejskich; mówi bowiem dokument „Ab hinc pestis superioribus incepta diebus debachari incepit, unde famati... (nazwiska) proconsules et caeteri omnes de consulatu hinc fugerunt (jeden radny nazwiskiem Helt do Wrocławia, a potem nawet aż do Krakowa się schronił)..... nec redierunt citius quam circam carnisbrevium 1527“.

W r. 1528 wedle J. Łukaszewicza (Obraz i t. d.) znowu w Poznaniu morowe powietrze panować miało.

W r. 1542 wielki pomór zapanował w Poznaniu i całej okolicy (Łukaszewicz). W aktach grodzkich kilka pod tym względem znajdujemy ważnych zapisków i wspomnień. Zdaje się jednakże, iż już w r. 1541 zaraza w Poznaniu lub okolicy szerzyć się musiała — wnosić o tem możemy z dokumentu podanego przez A. Warschauera w *Chronik der Stadtschreiber von Posen* str. 24. Wedle dokumentu tego bowiem pochodzącego z akt konsystorskich, już w r. 1541 powstał spór pomiędzy kapitułą poznańską a magistratem z powodu zamknięcia bram miejskich w celu niedopuszczenia zarazy do miasta Poznania. Przebieg sprawy téj w krótkości był następujący. W dniu 3 listopada 1541 magistrat poznański wysłał list do Piotra Gamrata arcybiskupa gnieźnieńskiego z doniesieniem, iż z powodu groźnego panowania pomoru w okolicach Poznania, zastępca generalnego starosty wielkopolskiego rozkazał bramy miejskie pozamykać w celu niewpuszczania do miasta przybyszów obcych podejrzanych, iżby zarazę przenieść mogli. Równe ostrzeżenie otrzymali biskup poznański i kapituła, ażeby pilnie strzegli naówczas pod ich jurysdykcyą zostających przedmieść poznańskich: Sródki, Ostrówka i Chwaliszewa. Skoro jednakże, jak sądzono, przez niedbalstwo kapituły, zaraza i w tych miejscowościach rozpościerać się poczynała, magistrat na rozkaz generalnego starosty wielkopolskiego Andrzeja hr. Górki, odciął wszelką komunikacyę z trzema temi miejscowościami a zarazem i członkom kapituły i klerykom wstępu do miasta zabronił. Zakaz ten dał powód do sporów bardzo poważnych, gdyż kapituła rzuciła po dwakroć klątwę na miasto Poznań i skazała je na zapłacenie kary 1000 marek ówczesnych. Sprawa wytoczoną została wreszcie przed forum samego arcybiskupa, a z drugiéj strony starosta generalny odniósł się aż do samego króla, który też zadekretował, ażeby klątwa zniesioną została i ażeby kapituła i biskup zaniechawszy wszelkich sporów i wymagań zapłacenia kary od magistratu, trzymała się starosty samego, jeżeli uważa to za potrzebne (Akta grodzkie a. 254, niedrukowany dokument). W *Liber relationum* z r. 1541 znajdujemy zaś następujący dokument, którego miejsca odnoszące się do owego sporu i zarazy panującéj tutaj przytaczamy. Początek stanowi wymienienie kapituły i nazwisk członków ówczesnego magistratu, te jako nie należące do rzeczy opuszczamy, daléj zaś brzmi treść: “Quia dictus Magistratus die S. Michaelis proxim. praeterita 1541 post prandium portam civitatis posnan, qua a Summo[1]) posn. est ingressus, occlusit, aditumque et reditum, forum et omne commercium prohibuit. Ex adverso dictus Magistratus protestatus est de non consentiendo in Jurisdictionem Dni officialis et non comparere ad iudicandum, sed comparere se dixit ad excusandam suam innocentiam coram Dno Capitaneo posn., qui habet superioritatem in civitate posn. cui ipsi in omnibus obediunt. Huius modi occlusionem civitatis posnan. ab ista parte Summi posn. clericis et subditis Capituli de Waliszewo, Ostrów et Srzodka idem Capitaneus fecit et fieri mandavit, providens ne tota civitas posn. ab his hominibus iam peste infectis, interficeretur. Procurator Capituli replicavit: omnes clericos Summi posn. ex gratia Dei liberos semper fuisse et esse ab infectione pestilentica, immo civitatem posn. cum ejus inhabitatoribus magis laborasse infectione pestilentica et occubuisse morbo pestilentico durante occlusione civitatis posn. ex cujus domibus multi mortui noctu et clandestine efferebantur extra civitatem et sepeliebantur etiam in alienis parochiis. Praeterea praefectus Magistratus scholares scholae Summi posn. ac Subditos Capituli in turrim civilem comprehensos propter ingressum civitatis mancipabat et custodiam civilem inter pontes intra et circa littora fluvii auctoritate sua ponebat prohibendo clericos et subditos Capituli ingredi in civitatem“.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[1]) Scil. dictionem.

[1]) Od Tumu.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 marca. Dzienniki amerykańskie donoszą, że lekarze polscy, praktykujący w mieście Chicago (liczącem obecnie przeszło $^1/_2$ milijona mieszkańców) zebrali się dnia 2 b. m. celem zawiązania polskiego Towarzystwa lekarskiego. Na posiedzeniu tem rodacy nasi powzięli ważną uchwałę. Wychodząc z zapatrywania, że często ogłaszane w dziennikach podziękowania od pacyjentów za szczęśliwe uleczenie nie przyczyniają się do podniesienia stanu lekarskiego, lecz raczéj do jego poniżenia, uchwalono podać do wiadomości publicznéj, że lekarze polacy na przyszłość nie będą przyjmować żadnych podziękowań publicznych, uważając takowe nie za zaszczyt dla siebie, lecz za ujmę honoru. Uchwałę tę podpisali i ogłosili w pismach amerykańskich następujący koledzy: Drowie Bronisław Strzyżowski, Kazimierz Rewkowski, Kazimierz Midowicz, M. P. Kossoborski, Leonard Ostrowski, Jan Train, Edward Czerniewski.

Miło nam podać do wiadomości kilka tych nazwisk kolegów polaków, praktykujących za oceanem, w przekonaniu, że niejeden z naszych czytelników znajdzie pomiędzy niemi nazwisko kolegi szkolnego, którego dawno stracił z oczu, zwłaszcza że koledzy ci w kraju, w którym reklama cieszy się wielkiem powodzeniem, stanęli na straży godności stanu lekarskiego, poniewieranéj i gdzieindziéj wskutek ogłaszania podziękowań, które i u nas głos powszechny poczytuje za prostą reklamę, najczęściéj z wiedzą i na żądanie lekarzy ogłaszaną, a która nietylko nie przyczynia się do powodzenia pochwalonego łekarza, ale rzeczy-

wiście obniża poziom godności stanu, ponieważ publiczność zna dobrze genezę takich pochwał. Może uchwała kolegów naszych w Chicago stanie się bodźcem dla naszych Towarzystw a względnie dla powstać mających Izb lekarskich, aby podobne odezwy wystosować i do naszéj publiczności. Wreszcie cieszymy się nadzieją, że Towarzystwo lekarskie polskie w Chicago zawiąże stosunki koleżeńskie i naukowe z naszemi Towarzystwami lekarskiemi, abyśmy nie z gazet politycznych dopiero musieli skąpe otrzymywać wiadomości o losach i pracach naszych kolegów zamorskich.

* Otrzymujemy następujące pismo:

Tow. lekarskie krakowskie przystępuje do pracy nad drugą, poprawną edycyją słownika terminologii lekarskiéj polskiej, wydanego przez siebie w r. 1881 i uprasza uprzejmie wszystkich Szanownych Kolegów, którym nieobojętna sprawa naszego słownictwa zawodowego, aby uwagi Swe tak co do wyrazów spornych i opuszczonych jak i wogóle co do układu wydać się mającego na nowo słownika, nadsyłać zechcieli jak najrychléj pod adresem prof. Dra S. Domańskiego w Krakowie (ulica Szczepańska l. 9).

Wszystkie pisma lekarskie polskie upraszamy o powtórzenie niniejszego zawiadomienia.

Kraków dnia 30 marca 1892 r.

Towarzystwo lekarskie krakowskie:

Dr. A. Kwaśnicki sekretarz stały. *Doc. Dr. S. Ponikło* prezes.

* W tygodniu 11-ym (od 13—19 marca) było w Krakowie małżeństw 5, urodzeń 52, skonów 56, z tych z gruźlicy 19, z zapalenia płuc 8, z nieżytu żołądka i jelit 3, z płonicy 2.

Zmarli: w Heidelbergu prof. nadzw. chirurgii Dr. Lossen, — w Kopenhadze prof. psychijatryi Steenberg, — w Barze na Podolu lekarz wolno praktykujący Narcyz Zawrocki w 63 roku życia *(Gaz. Lek.)*, — w Skale w Galicyi lekarz praktyczny Karol Czauderna w 60 roku życia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6 kwietnia o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.)*. Porządek dzienny: 1) kol. prof. Gluziński będzie mieć drugą część odczytu: „O blednicy i jéj leczeniu“; 2) kol. Sroczyński przedstawi 2 rzadsze przypadki leczone w klinice okulistycznéj; 3) kol. prof. Obaliński przedstawi bardzo rzadki przypadek choroby.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 9 Kwietnia 1892. Nr. 15.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3⅛ „	6 „

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus" w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14.)

Nie zapuszczając się w dłuższe roztrząsanie co do możliwości rozróżnienia raka i gruźlicy kiszki ślepéj, to tylko powiedzieć można w ogóle, iż jedyną podstawę dać może anamneza i zbadanie troskliwe innych narządów, a zwłaszcza płuc, kości i gruczołów chłonnych, będących częstem siedliskiem gruźlicy. Jeśli chory pochodzi z rodziny gruźliczéj, przedstawia zmiany w wymienionych lub innych organach, rozpoznanie gruźliczéj natury guza jest prawdopodobne; na téj podstawie trafnie rozpoznał Gussenbauer w drugim swoim przypadku.

Nader ostrożnym być należy z rozpoznaniem bliznowatéj czysto natury, które orzec można dopiero na podstawie bardzo starannego badania histologicznego. Ciekawym w tym względzie i pouczającym jest przypadek Bartona, który po otwarciu brzucha wspólnie z kolegami uznał, iż ma do czynienia z bliznowatem zwężeniem i z téj przyczyny ograniczył się do prostego rozszerzenia światła kiszki; chora przez pół roku miała się dobrze, lecz potem wróciły objawy zwężenia a po uskutecznionem wycięciu znaleziono raka zastawki Bauhina. W jednym przypadku zwężenia okrężnicy zstępującej, przedstawiającego się od strony surowiczéj w postaci rowka otaczającego światło kiszki, jak gdyby po podwiązaniu jéj nicią, makroskopijne badanie pozwalało niemal zupełnie wykluczyć nowotwór; dopiero troskliwe, setki skrawków obejmujące badanie drobnowidowe, dokonane przez prof. Brodowskiego wykazało, że jednakowoż było to zwężenie rakowatéj natury, tylko że prawie cała warstwa rakowata uległa rozpadowi, ustępując miejsca bliznowatemu ściągnięciu się kiszki.

Zaledwie trzeba dodawać, iż między czystem bliznowatem zwężeniem a gruźliczem rozstrzygać może jedynie drobnowid. Czysto bliznowate zwężenia kiszki istnieją i są następstwem owrzodzeń tyfusowych, dysenterycznych lub nieżytowych błony śluzowéj, albo też zjawiają się jako zejście w ciężkich i przewlekłych ropieniach okołokątniczych; w porównaniu jednak ze zwężeniami rakowemi i gruźliczemi zdarzają się znacznie rzadziéj; tu należałby przypadek Trombetty, gdyby badanie drobnowidowe było dokonane i wykluczyło gruźlicę, o czem nie znalazłem wzmianki.

Przechodząc do operacyjnego leczenia zwężeń kątnicy, a zwłaszcza do wycięcia, które stanowi główny przedmiot niniejszéj pracy, nadmienić muszę, że zebrałem wszystkie przypadki, o jakich znalazłem daty w dostępnéj mi literaturze. Z żalem przyznaję, iż nie mogłem korzystać z doświadczenia najrozleglejszego w tym przedmiocie Billrotha[1]), który wedle sprawozdania podanego na Zjeździe międzynarodowym w Berlinie sam jeden wykonał ni mniéj ni więcéj, tylko 24 razy wycięcie kiszki ślepéj, t. j. prawie tyle, co wszyscy inni operatorowie razem wzięci. Daléj znalazłem wzmiankę[2]), iż Czerny robił trzykrotnie wycięcie téjże kiszki z powodu raka, lecz o jednym tylko przypadku miałem bliższe szczegóły, który wszedł do mojego zestawienia, podobnie jak dwa Billrothowe. Wreszcie napotkałem króciutkie wzmianki, które ograniczały się do tego, że Michaux przedstawiał w Towarzystwie chirurgicznem w Paryżu *epithelioma cylindricum* kątnicy, rozpoznane jako złośliwy guz powrózka nasiennego, oraz że Rosenberg[3]) przedstawiał w Towarzystwie fizyczno-lekarskiem w Würzburgu nowotwór k. ślepéj, usunięty zapomocą resekcyi, uwieńczonéj wyzdrowieniem. Wyszukane przez siebie przypadki podaję tu w streszczeniach, zawierających najistotniejsze szczegóły:

[1]) Sprawozdanie w *Revue de Chirurgie*. 1890 str. 833. — [2]) *Ueber Magen- u. Darmresection. Deutsche Med. Woch*. Nr. 45. — [3]) *Jahresbericht* Virchowa i Hirscha za 1889 r., str. 527.

a) *Resectio coeci* dla raków i innych nowotworów.

Przypadek 1. H. Kraussold: *Carcinoma coeci, resectio; enterorhaphia.* (*Centralblatt f. Chir.* 1881. str. 186) 62 l. mężczyzna za przyczynę cierpienia podawał uderzenie kamieniem w prawą pachwinę przed 6 laty; od 13 miesięcy podwójna przetoka kałowa; guz wielkości pięści. Cięcie jak do podwiązania *A. iliaca ext.* Po odluszczeniu zrostów odziedzy [1]) (*omentum*) oddzielił K. kiszkę do- i odprowadzającą, ujął w kleszcze do szypuł jajnikowych owinięte w miękki filc koniec doprowadzający i odciął go; poczem oddzielił guz od części otaczających, co było dość trudnem z powodu zrostów z wielkiemi naczyniami, wreszcie odciął kiszkę odprowadzadzającą. Po wycięciu trojkątnego odcinka kreski spojono końce kiszki szwem Lemberta z dodaniem 4 na krzyż zawiązanych szwów. Dopasowanie kiszek nie przedstawiało trudności, gdyż kiszka cienka bardzo była rozszerzoną od długotrwałego zastoju kału. Po wyskrobaniu przetoki, zaszył jamę w ścianie brzusznéj. Śmierć w 2 godziny po operacyi; przy autopsyi okazało się, że oprócz gruczołka rakowatego w kresce istniał już mały przerzutowy guzik w prawym płacie wątroby.

Przypadek 2. Thiersch-Beger A.: *Ein Fall von Krebs des Wurmforsatzes.* (*Berliner klin. Woch.* 1882 str. 616). 47 l. kupiec; przed $3^1/_2$ laty zauważył guz („Beule“) w prawej okolicy pachwinowéj; gdy obrzmienie powiększało się, a skóra nad niem zaczerwieniła, leczący go lekarz przeciął i wypuścił z litr ropy, poczem pozostała przetoka. Chory nigdy nie cierpiał na zaparcie i stolec miał prawidłowy. W dniu przyjęcia do kliniki Thierscha (d. 30 V. 1882) znaleziono: chory wychudły i blady; nie gorączkuje, brzuch miękki, ponad prawym więzem Pouparta guz wielkości pięści, owrzodzony, z kraterowatem kanałem w środku, przesuwalny wraz ze skórą; palec przez ów krater wchodzi po przejściu ciasnego miejsca do jamy. Ku dołowi od guza gruczoły chłonne zwyrodnione z przetokami. Badanie kawałka wyciętego z guza wykazało *adenocarcinoma* kiszki. 18/VII skoro się stan chorego poprawił przystąpiono do operacyi. Cięcie ponad guzem; do pewnego punktu udaje się guz odseparować, nie otwierając otrzewnéj, poczem wyczuwa się sznurek (wyrostek robaczkowy) grubości palca, idący od guza do jamy otrzewnéj. Otwarcie téj ostatniéj, wydobycie bardzo swobodnego *ceocum* i *ileum* na zewnątrz. Podwiązanie, przecięcie i przypalenie wyrostka robaczkowego, wyłuszczenie guza ze ściany brzusznéj wraz z gruczołami chłonnemi pachwiny; ta część operacyi trudna z powodu sąsiedztwa powrózka nasiennego i wielkich naczyń. Po nałożeniu na *ileum* i na *colon asc.* korncangów, uzbrojonych w rurki kauczukowe, wycięto zewnętrzną część *coeci*, mianowicie miejsce, gdzie zwyrodniony wyrostek robaczkowy wystaje do światła k. ślepéj. Zastawka *ileocoecalis* pozostała nietknięta. Brzegi rany w *coecum* połączono szwem Lemberta jedwabiem; zaszycie rany w *mesenterium*, zdjęcie korncangów, wpuszczenie kiszki do jamy otrzewnéj, zamknięcie jamy otrzewnéj jedwabnemi szwami, rana w ścianie brzusznéj z powodu obszerności nie mogła być zaszytą. Na drugi dzień chory zmarł z zapalenia otrzewnéj,

Przypadek 3. Maydl: *Carcinoma coeci; resectio; anus praeternaturalis; resectio intestini; enterorrhaphia; sanatio.* (*Ein Beitrag zur Darmchirugie. Wien. Med. Presse* 1883 3/IV. str. 438). 54 l. właściciel fabryki powozów z Moraw, od 8 mies. zaburzenia w oddawaniu stolców: rozwolnienia i zaparcia; bóle w krzyżu; od 4 mies. guz w prawéj pachwinie nadto trudność przy oddawaniu moczu. Żółtawe zabarwienie skóry, podupadłe odżywianie; guz na wysokości *spin. ant. sup.* wielkości pięści nieco przesuwalny z góry na dół i nieco na bok, od guza idzie szereg guziczków do miednicy małej. 20/VIII 1882 na brzegu zewn. cięcie *m. recti*; przez ranę nie można wyciągnąć guza w zupełności; podwiązka elastyczna na *ileum* i druga na *colon adsc*; podwiązanie i obcięcie sieci przyrosłéj do guza, owe wyczuwane guziczki były to pestki od wiśni w kiszce cienkiéj; podwiązanie jedwabiem kiszki od strony guza i przecięcie *ilei* między tą podwiązką i ową podwiązką elastyczną; podwiązanie *mesenterium ilei* oraz listków *mesocoli*, wreszcie odcięcie *coli adscendentis* zdaleka od guza; nadto wycięcie 4 gruczołków z kiszki. Końce kiszek dają się dobrze zbliżyć, a światła są równe z powodu rozszerzenia cienkiéj i zaniku grubéj kiszki. *Anus praeternatur.* przyszycie końców jelit w części do siebie, w części do ściany brzucha. Przebieg dobry, po 10 dniach chory opuszcza klinikę. 22/X 1882 otwarcie jamy brzusznéj, obcięcie z obu końców kiszki po 5—6 cm., zeszycie obu końców ze sobą dwupiętrowym szwem, zaszycie jamy brzusznéj Przebieg lekko gorączkowy (38·6 p. 120) w 3 dni otwarto górny kąt rany, ztąd wypuszczono śmierdzący płyn. 26/X pierwsze wypróżnienie płynne. 29/X. kał z rany. 16/XI chory opuścił klinikę z przetoką, któréj nie operowano z powodu, że przy *enterorafii* znaleziono na błonie surowiczéj i w kresce kiszki cienkiéj guziki wielkości prosa (*regeneratio*).

Przypadek 4. Czerny: *Carcinoma colloideum coeci; resectio coeci, partis coli transversi, et duodeni; mors e collapsu* (głos Heucka na zjeździe Chirurgów niemieckich w 1883 r. *Ctblat f. Chir.* 1883. str. 45. *Bericht über die Verhandlungen*). W przypadku tym Czerny znalazł połączenie świateł między kiszką ślepą i dwunastnicą, obszerne zrosty z siecią, wątrobą i nerką; wycięto oprócz kiszki ślepéj część poprzecznicy i dwunastnicy; operacyja trwała 4 godziny i skończyła się śmiercią z utraty sił.

Przypadek 5. Billroth: Hauer *Carcinoma coeci; resectio; enterrorhaphia; mors.* (*Prager Zeitschrift für Heilkunde.* Streszczone u Michelsa: *Zur Casuistik der Darm-Resection*) Chory 56 l. zauważył guz na 6 tygodni przed operacyją; guz ten szybko się powiększał tak, że doszedł wielkości jaja gęsiego, był twardy, nieruchomy i niesprawiał żadnych zaburzeń w trawieniu. 20/VIII 1881 cięcie od pępka do środka prawego więzu Pouparta; już śród przecinania warstw mięsnych zauważono w nich nacieczenie rakowe. Po odseparowaniu guza, podwiązano i obcięto przyrosłą odziedzę, a nowotwór wraz z częścią *ilei* i *coecum* wycięto. Zmniejszywszy światło *coli adscendentis* przez wycięcie klina (*Zwickelbildung*) przyszyto je do *ileum* 19 szwami Lemberta. 4 dnia po operacyi wymioty, wzdęcie brzucha, wreszcie wymioty kałowe; otworzono ranę, i zrobiono sztuczną rzyć, pomimo to chory zmarł siódmego dnia po operacyi; sekcyi nie dozwolono.

Przypadek 6. Billroth-Hauer: *Carcinoma coeci, resectio;* (*Prager Zeitschrift f. Heilkunde.* 1884. streszczone według Michelsa: *Zur Casuistik der Darm-Resection*). 55 l. mężczyzna, zauważył przed 3 miesiącami w prawem podżebrzu guz twardy, ruchomy; uporczywe rozwolnienie; wyniszczenie; guz w chwili operacyi doszedł do wielkości jabłka. 23/III 1884 cięcie na brzegu zewnętrznym *m. recti* 18 cm. długie; oddzielenie sieci żegadłem Pacquelina; po związaniu kiszki powyżéj i poniżéj miejsca przecięcia paskami gazy jodoformowéj wycięto *coecum* i część *ilei*, poczem przez wycięcie klina, (*Zwickelbildung*) dopasowano światło *ilei* do *colon adsc.*, zeszyto końce kiszek i zamknięto ranę w ścianie brzusznéj; przez pierwsze pięć dni chory dostawał obfite wlewania wody, 6 dnia nastąpiło pierwsze wypróżnienie; 10 dnia zdjęto szwy; wyzdrowienie bardzo szybkie.

Przypadek 7. Whitehead: *Carcinoma coeci; anus praeternaturalis* (*Excision of the coecum for epithelioma; death on the thirteenth day. Brit. Med. Journal.* 24 Jan. str. 171). 38 l. woźnica. Od 18 tygodni ból w prawéj okolicy lędźwiowéj, rozwolnienie; przed 8 tyg. chory wymacał sobie guzik wielkości orzecha, twardy, przesuwalny, niebolesny przy ucisku; nigdy nie było krwi lub śluzu w wypróżnieniach. Chory zaczął szybko chudnąć, guz szybko rósł; napady bolów coraz częstsze i mocniejsze. W chwili przyjęcia do szpitala w Manchester 24/X 1884 znaleziono guz $4^1/_2$ cala wzdłuż, 3 wszerz i 3 na grubość, przesuwalny w całéj prawéj połowie brzucha, twardy i zrazowaty; peryjodyczne napady kolki. Cięcie na zewnętrznym brzegu *m. recti*; wydobycie guza przez ranę; podwójna podwiązka katgutowa naokoło *colon adsc.*

[1]) Staropolski wyraz, użyty przez Wujka kilkakrotnie w tłumaczeniu Pięciuksięgu.

i także na *ileum*, poczem przecięto te jelita między podwiązkami; przy wyłuszczeniu jednego gruczołka z kiszki obfity krwotok żylny; odcięcie kiszki od kreski po uprzedniem podwiązaniu tej ostatniej; wszycie kiszki cienkiej w dolnym, grubej w górnym końcu rany; zaszycie pozostałej części rany brzusznej. Operacyja trwała 2 godziny. 13 dnia po operacyi chory zmarł z zapalenia otrzewnej; przy sekcyi znaleziono znaczny zbiornik ropy w dole biodrowym prawym pod otrzewną (*outside the peritoneum*). W wątrobie i innych narządach nie znaleziono wtórnych guziczków. Część wycięta obejmowała odcinek *ilei, coecum, proc. vermiformis* i *colon adsc.*; cały kawałek na długość miał 14 cali od otworu *ileocoecalis* do powierzchni cięcia *coli adsc.* $9^1/_2$ cali.

Przypadek 8. Sydney Jones: *Carcinoma coli ascendentis et transversi*; *resectio*; *enterorrhaphia*; *mors e peritonitide* (*A case of resection of the large intestine for scirrhous growth. Lancet Jan.* 10 1885). 54 l. kobieta uczuła ból w prawej połowie brzucha; przed sześciu miesiącami, a na cztery miesiące przed przybyciem do szpitala zauważyła obrzmienie, które od tej pory rosło; utrata łaknienia, wychudnięcie; zaparcia; wypróżnienia ciemne. Na wysokości *spina ant. sup. dextra* guz twardy mający w średnicy $2^1/_2$ cala, nieprawidłowego kształtu, bolesny przy dotykaniu i nierówny, przesuwalny z boku na bok; inne narządy zdrowe. D. 23/V po znieczuleniu chorej eterem, otworzono brzuch cięciem z góry na dół ponad guzem, poczem operowano pod sprayem. Nowotwór zajmował górną część *coli asc.* i część *coli trans.*, które postanowiono wyciąć wraz z kiszką ślepą. Podwiązanie kiszki i sieci jedwabiem, zaciśnięcie kiszki kleszczami, obciągniętemi rurką kauczukową, wycięcie kiszki, przyszycie jednego końca do drugiego, najprzód szwami jedwabnemi przenikającemi całą grubość ściany; potem rzędem szwów, zajmujących tylko błonę surowiczą; jednym takim szwem przymocowano kiszkę do ściany brzusznej w okolicy rany. Górną i dolną część rany brzusznej zaszyto, środkową pozostawiono otworem, przez którą wprowadzono gazę jodoformową. Chora zmarła w trzy doby po operacyi d. 26/V śród objawów podniesionej ciepłoty, przy tętnie do 134, suchym języku i bólu w boku. Przy autopsyi znaleziono nacieczenie ropą kreski w okolicy zeszytej kiszki; przy mocniejszem ciśnieniu woda, wstrzykiwana do kiszki, przesiąkała przez linię szwu w punkcie połączenia jelita z kreską. W narządach wewnętrznych, o ile się zdaje, wtórnego raka nie znaleziono; o wątrobie i gruczołach zaotrzewnowych nie ma wyraźnej wzmianki, w ogóle tylko powiedziano, że organy wewnętrzne były zdrowe.

Przypadek 9. Hofmokl: (*Ueber einen Fall von geheilter Darmresektion Wien. Med. Presse* 1885 str. 746). 24 l. kobieta, ból od roku, od tygodnia zauważyła guz. Bóle coraz częstsze i wymioty; biegunka. Guz wielkości pomarańczy widoczny i wymacalny, ruchomy, gładki, bolesny przy nacisku, dający odgłos stłumiony tympaniczny. Rozpozn: nowotwór k. ślepej lub sieci. Operacyja: po przeczyszczeniu dobrem, cięcie na zewnątrz od *m. rect. abd. dext.*, guz wyciągnięto i wycięto; kiszki wycięto na długość 23 cm. (10 grubej, 13 cienkiej) oraz część odziedzy. Końce zaszyto szwem Lemberta. Z powodu nierówności świateł wycięto klin z kiszki grubej, a k. cienką przecięto w ukos. Badanie drobnowidowe wykazało *adenocarcinoma coeci*. Po operacyi *collapsus* lekkiego stopnia i wymioty, lekka gorączka; przez dren krwista wydzielina, 5 dnia dobrowolne wypróżnienie; rana z wyjątkiem kanału drenu zagoiła się *per primam*.

Przypadek 10. v. Bergmann: *Carcinoma coeci*; *resectio*, *enterorrhaphia*; *sanatio*. (Michels: *Zur Casuistik der Darm-Resection wegen maligner Tumoren. Inaug. Dissertation.* 1885) 35 l. ślusarz z Berlina; ojciec zmarł z raka żołądka; od roku boleści w dolnej części brzucha, od $^1/_2$ roku guzik na kilka palców ponad więzem Pouparta; wreszcie coraz trudniejsze oddawanie stolca. Przy przyjęciu do kliniki 9/XII 1884 znaleziono stan ogólny niezbyt zły; w prawym dole biodrowym guz wielkości pięści chłopca, jajowaty przesuwalny, z boku na bok i w górę do pępka; twardy bolesny przy dotykaniu. 13/XII operacyja; cięcie na zewn. brzegu *m. recti dextri*; wydobycie jelit z guzem przez ranę; ponad i pod guzem nałożono w odległości 4 cm. kleszcze kiszkowe, składające się z jednej pałeczki stalowej i drugiej fiszbinowej, obciągniętych rurką kauczukową; odcięcie części między kleszczami; odcięcie od tyłu trudne i żmudne, przytem wycięto duży odcinek *mesenterii* wraz z licznemi gruczołami chłonnemi rakowato zwyrodnionemi; te ostatnie wszerz zajmowały większy odcinek kreski, niż wycięta część kiszki, i z tego powodu musiano z tej ostatniej obciąć jeszcze po 4 cm. z obu końców. Szew Lemberta; *ileum* ścięto w ukos, a różnicę świateł wyrównano przez utworzone fałdy (*Zwickelbildung)*; wpuszczenie kiszki do brzucha, zaszycie rany w ścianie brzusznej. Wycięty guz okazał się owrzodzonym, twardym rakiem; wycięta część mierzyła na długość 25 cm. Przebieg wyborny, bez gorączki, z nieznacznemi wymiotami po operacyi; na drugi dzień wolny stolec z krwią; rana zagoiła się o ile sądzić można z opisu *per primam*. 44 dnia po operacyi chory opuścił klinikę zdrów. Szybka poprawa; w dwa miesiące przybyło choremu 10 kilo na wadze. W 6 miesięcy po operacyi zupełnie zdrów, stolec prawidłowy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z oddziału dla chorób skórnych i kiłowych prym. Doc. Dra Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek kilaka gruczołu pachwinowego (*Bubo gummosus*).

Podał
Dr. Józef Gold,
sekundaryjusz w szpitalu św. Łazarza.

Gruczoły limfatyczne, które są dla jadu kiłowego pierwszą stacyją na drodze ku ogólnemu zakażeniu, a których zajęcie w pierwszych okresach kiły jest tak stałym przypadem chorobowym, że musimy mu znaczenie rozpoznawcze przyznać, gruczoły te są bardzo rzadko siedzibą zmian kiłowych późnych, tak zwanych trzeciorzędnych.

O fakcie tym w charakterystyczny wyraża się sposób Karol Mauriac[1]): „*Le système lymphatique semble abdiquer devant le tertiarisme, comme s'il n'avait plus aucun rôle pathogénique a jouer*“; i rzeczywiście niewiele spotykamy w literaturze przytoczonych przypadków zmian kiłowych późnych w gruczołach limfatycznych. Dopiero od czasów Virchowa i Lancereaux rozpoczęto się więcej zajmować trzeciorzędnemi zmianami w gruczołach trzewowych a zdaje się nawet, że gruczoły te zwróciły na siebie całą uwagę ówczesnych badaczy i że zmiany kiłowe późniejsze w gruczołach powierzchownych mniej były znane i mniej się niemi zajmowano, skoro tak poważny autor jak Verneuil w „*Dictionnaire encyclopédique*“ sam otwarcie przyznaje, iż nie jest pewnym, czy przypadkiem nie uważał zmian kiły późnej w gruczołach pachwinowych za szankier gruczołowy.

Zmiany kiły trzeciorzędnej w gruczołach limfatycznych nie są codziennem zjawiskiem, a ze wszystkich gruczołów, według danych z literatury, gruczoły pachwinowe są najrzadszą siedzibą kilaka. Być może że do małej ilości znanych przypadków przyczynia się i sama miejscowość, która może dać powód do zamieniania kiły późnej z innemi sprawami patologicznemi. Na 221 przypadków kiły późnej obserwowanych przez Jullienа, jak to z powyżej przytoczonego

---

[1]) *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire.* Paris 1890.

dzieła Mauriaca[1]) wynika, nie było ani jednego przypadka kilaka w gruczołach pachwinowych.

Dzięki memu prymaryjuszowi doc. Drowi Zarewiczowi, który mi wszelkich dat statystycznych i naukowych z swojego oddziału udzielił, mogę na podstawie dwa razy tak licznéj statystyki jak Julliena stwierdzić, że usadowienie kilaka w tem właśnie miejscu do rzadkich należy zjawisk. Albowiem na 533 przypadków kiły późnéj, od r. 1874 obserwowanych i leczonych w tutejszym oddziele, spotykamy się obecnie po raz pierwszy z tak zwaną dymienicą kilakową, według Lustgartena *„Bubo gummosus“*. Autor ten w wyczerpującéj pracy swéj, która w r. 1890 w *„Wiener medizin. Presse“* pojawiła się[2]), opisuje cztery przypadki zajęcia gruczołów limfatycznych przez zmiany trzeciorzędne a równocześnie daje nam dokładny pogląd na literaturę. Dwa z podanych przez Lustgartena przypadków tyczą się gruczołów pachwinowych, które to usadowienie, jak nam się wydaje, ma dla lekarza praktycznego niepoślednie znaczenie ze względu na rozróżnienie.

Ta właśnie ostatnia okoliczność powinna mnie usprawiedliwić, jeżeli uważam za stosowne podać do wiadomości jeden tylko przypadek z jego przebiegiem klinicznym i sposobem leczenia.

R. W., lat 42 licząca, wyrobnica, wolna, została przyjęta na oddział chorób wenerycznych w dniu 21 maja r. z. Z wywiadów okazuje się, że przebywała ona już kilkakrotnie zmiany kiłowe, a w r. 1879 odbyła po raz ostatni leczenie przeciwkiłowe. Kiedy się zakaziła, na pewne dowiedzieć się nie można, prawdopodobnem jest, że pierwotne zakażenie nastąpiło przed 25 laty. W roku 1879, jak to z dawnéj historyi choroby wynika, przebywała wrzody syfilityczne trzeciorzędne na tylnéj ścianie przełyku, podniebienia miękkiego i nagłośni, obok kilaków na kości czołowéj i zgrubienia kości goleniowéj prawéj. Była wtedy leczoną jodkiem potasu i jako wyleczona opuściła szpital. Obecnie też znajdujemy symetrycznie ponad guzami kości czołowéj dwie połyskujące, białe, promieniste blizny przez które można wyczuć lekkie zaklęśnienie kości z obwodowym przerostem tejże. Wielka część podniebienia miękkiego jest bliznowato przeobrażona, języczek zaciągnięty, łuk podniebienno-języczkowy lewy przedziurawiony, łuki podniebienno-gardzielowe częściowo zrosłe z tylną ścianą przełyku. Podobne blizny, za późną formą kiły przemawiające, można wykazać na częściach rodnych a mianowicie na lewéj wardze mniejszéj, gdzie oprócz licznych starych blizn, znajduje się przebicie jéj wielkości fasoli, o brzegach zabliźnionych gładkich, zaokrąglonych. Świeżych zmian na częściach rodnych nie ma, pochwa jest bladą, macica prawidłową. Blizny i otwór w wardze mniejszéj mają pochodzić z „krost“, które przed dwoma laty powstały. Chora wtedy w szpitalu nie leczyła się.

W pachwinie lewéj, w środku prawie między spojeniem łonowem a kolcem przednim górnym kości biodrowéj, odpowiednio do gruczołów tu się znajdujących, napotykamy dość bolesny wrzód wielkości blizko 5 ctm. w osi podłużnéj mający, na kształt krateru w głąb się zapuszczający, o brzegach nieco nad powierzchnię wyniosłych, wywiniętych i nacieklych. Kształt wrzodu porównać można do lejka, którego podstawa leży w płaszczyźnie skóry, a część jego zwężająca się (wierzchołek lejka) zapuszcza się w głąb tkanki. Otoczenie tego wrzodu jak i jego brzegi są naciekłe. Powierzchnia owrzodzenia nierówna pokryta jest mierną ilością ropy. Na dnie tego lejkowatego wrzodu leżą żółtoszarawe masy nekrotyczne, nie dające się oddzielić, łączące się z obrzękiem, którego resztki w kształcie guza nierównego, wielkości orzecha włoskiego w głębi wyśledzić można, a które za resztki gruczołu chorobowo zmienionego uważać należy. W okolicy wrzodu nie ma prawie żadnego odczynu, a cały naciek okalający wrzód, o ile to wyśledzić można, jest ograniczonym ściśle do ścian zagłębiającego się wrzodu. Sąsiednie gruczoły limfatyczne nie są wcale powiększone. Bolesność wrzodu mierna.

Chora podaje, że w lutym r. z. zauważyła w pachwinie lewéj zupełnie niebolesny obrzęk gruczołu, „który powstał bez powodu“, gdyż od dwóch lat nie było żadnych zmian ani na częściach rodnych, ani na kończynach dolnych. Obrzęk sam mało choréj przeszkadzał tak, że mogła oddawać się swemu zawodowi, który ją często narażał na przebywanie mil całych. Przed tygodniem, jak chora twierdzi, „ropa“ przebiła się i od tego czasu wrzód stał się na dotknięcie bolesnym. W końcu zauważyć należy, że stan ogólny jak i wewnętrznych organów jest w zupełności dobrym. Odżywienie jest bardzo dobre. Menstruacyja pojawiła się w 13. r. życia, odbywa się regularnie i bez zboczeń; nigdy nie zastąpiła była.

Rozpoznanie opiewało: *Gumma exulcerans glandulae lymphaticae ad inguen sinistrum.*

Leczenie wewn.: *kali jod. 5,0* na *aquae dest. 150,0* trzy razy dziennie po łyżce, — miejscowo w pierwszych czterech dniach stosowano jodoform a następnie pędzlowanie gliceryną jodową *(jodi puri, kali jod. āā 1,0, glycerini 15,0)*.

Wynik leczenia był zadziwiający; wkrótce bowiem dno wrzodu, poprzednio pokryte nie dającemi się zdjąć masami nekrotycznemi, zaczęło się oczyszczać. Po pięciu dniach wejrzenie wrzodu znakomicie się poprawiło; otaczający go naciek zaczął się szybko zmniejszać, poczem powierzchnia wrzodu zmalała, w ślad też zatem rozpoczęło się gojenie, które tak szybko postępowało, że po trzech tygodniach chora wyleczona szpital opuściła. Pozostała blizna jest nieprzesuwalną, zrosła z podstawą, nawet przy ucisku niebolesną.

Rozchodzi się teraz o to, co właściwie było w rozpoznaniu decydującem, a rzecz ta, będąc bardzo ważną, zasługuje, aby się nią dokładniéj zająć. Rozpoznanie utrudnia bowiem cały szereg w gruczołach limfatycznych mogących się rozgrywać spraw patologicznych. A jak ważnem jest rozpoznanie w tych przypadkach, za tem przemawia ta okoliczność, że kilak gruczołowy przy nieodpowiedniem leczeniu może przyjąć charakter wrzodu fagadenicznego, grożąc nadżarciem większych naczyń krwionośnych, jak to się stało w przypadku Verneuila, który zakończył się śmiercią z powodu krwotoku.

Otóż w naszym przypadku można było przy pobieżnem badaniu przypuścić, że mamy przed sobą dymienicę, z powodu miękkiego szankra zropiałą. Ponieważ jednak mimo najdokładniejszego badania nie można było znaleźć nigdzie na częściach rodnych ani w obszarze limfatycznym do gruczołów pachwinowych należącym wrzodu miękkiego lub też śladu po nim, a nadto chora na pewno utrzymywała, że od dwóch lat *quoad genitalia* jest zupełnie zdrową, z tego też powodu, zwłaszcza że i wejrzenie wrzodu, jako też powolne i niebolesne powstanie obrzęku gruczołowego, przeciw dymienicy szankrowéj przemawiały, wykluczyliśmy dymienicę szankrową. Dymienica bowiem, czy ona powstała z powodu dostania się pasorzytów ropotwórczych do gruczołu, czy też z powodu wessania swoistego jadu szankrowego, przebiega ostro i jest odpowiednio do tła zapalnego bardzo bolesną. Jeżeli zaś nastąpił rozpad a ropa przebiła się na zewnątrz, to wrzód w ten sposób powstały ma w pierwszym przypadku charakter zwykłego ropnia, a w drugim t. j. przy wessaniu jadu szankrowego posiada znowu cechy wrzodu miękkiego, t. zw. szankra gruczołowego. Sądzę, że zbyteczną jest rzeczą powoływać się na objawy towarzyszące obu

---

[1]) l. c. str. 201. — [2]) Nr. 26, 27 i 28.

tym zmianom, są one bowiem aż nadto dokładnie znane a zestawienie objawów im towarzyszących z opisem naszego przypadku powyżej podanym nie dozwolą nikomu na chwilę wątpić, że te sprawy chorobowe stanowczo wykluczyć należy.

Wątpliwość, czy mamy do czynienia z dymienicą kilakową, czy też t. zw. skrofuliczną, dopóty może istnieć, dopóki nieprzyszło jeszcze do zropienia. Po zropieniu każda z tych spraw odmienne przybiera wejrzenie i zupełnie inaczéj przebiega. Po gnuśnym przebiegu, gdy wreszcie przyszło do zropienia dymienicy skrofulicznéj, przedstawia się nam większa lub mniejsza jama ze skórą otaczającą zcieńczałą, na dnie któréj leżą pozornie prawie niezmienione gruczoły. Prócz tego jednak w żadnym przypadku powierzchnia rany nie przedstawia nam tych znamion, jakie cechują wrzody powstałe z rozpadłych kilaków. W pewnych razach ogólny stan chorego, jego wejrzenie i odżywienie przyczynić się także mogą wiele do rozstrzygnięcia, czy mamy przed sobą dymienicę skrofuliczną, czy nie.

Nie można jednak zaprzeczyć, że spotkać można tego rodzaju przypadki, w których objawy tak się złożyły, iż na razie czynią rozpoznanie niemożebnem. Z opisu wszakże mojego przypadku przekonać się można, że przebieg sprawy chorobowej u naszéj pacyjentki był zupełnie odmiennym od przebiegu dymienicy skrofulicznéj, a nadto sprawa chorobowa dotyczy kobiety doskonale odżywionéj, którą o żadne z tych cierpień, które usposabiają do powstania dymienic w mowie będących, posądzić nie można.

Z kolei rzeczy wypada także wspomnieć o kilaku w tkance komórkowéj lub w skórze saméj usadowionym, który gdyby znachodził się w pobliżu gruczołów, jak w naszym przypadku w pachwinie, mógłby być bardzo łatwo za kilak, w gruczole swój początek biorący, uważanym. Sądzę, że w takich razach do wywiadów wielkiéj wagi przywiązywać nie można. Albowiem czy obrzęk tworzący się w pachwinie był powiększonym gruczołem czy też kilakiem podskórnym, co do tego punktu na opowiadaniu chorego samego polegać nie można.

Główną jednak cechę wyróżniającą stanowi ten objaw, iż w naszym przypadku wrzód drążył wyraźnie do wnętrza gruczołu chorobowo zmienionego, który stanowił wybitną podstawę wrzodu. Dodać by tu jeszcze można i tę okoliczność na korzyść naszego rozpoznania przemawiającą, iż bądź jak bądź kilaki skóry przecież o wiele częściéj występują we większéj liczbie, a jak w naszym przypadku nigdzie w sąsiedztwie ogniska chorobowego, żadnych zmian, a tem mniéj zmian kiłowych nie zauważyliśmy byli.

Z nowotworów w pierwszym rzędzie wykluczyć musimy *sarcoma* i *carcinoma*. Pierwotny mięsak w gruczole wzrasta bardzo szybko, a rak prawie nigdy pierwotnie w gruczole nie występuje, a zawsze w pobliżu znaleść można ognisko rakowe, jeszcze istniejące, lub objawy niezbyt dawno usuniętego cierpienia.

Nieprawdopodobnem jednak wydaje mi się, aby trzeciorzędne zmiany kiłowe w gruczołach mogły tak wielokrotnie występować, aby je można wziąć za wielokrotne nowotwory gruczołowe w pseudoleukemii (*malignes Lymphom*, Billroth).

W końcu wnosić jeszcze możemy *ex juvantibus*, bo kilak pod wpływem jodu prawie zawsze rychléj ulega resorbcyi.

Z tego widzimy, że do rozpoznawania, nie zawsze wprawdzie łatwego, mamy przecież pewne podstawy, które pozwalają nam rozpoznać naturę cierpienia. A specyjalnie w naszym przypadku, jeżeli uwzględnimy odżywienie choréj, przebieg cierpienia, jego wejrzenie i ślady przebytéj kiły, już do późnego okresu należącéj, a wreszcie gdyby i to wszystko nie wystarczyło, szybko osiągnięty pomyślny wynik leczenia przeciwkiłowego, sądzę że rozpoznanie nasze było uzasadnionem. Nie przeczę jednak, że trudności rozpoznawcze w tego rodzaju przypadkach mogą być wielkie, lecz punkt ciężkości głównie mojem zdaniem w tem leży, że kiła późna w gruczołach usadowiona, jak to statystyka wykazuje, jest bardzo rzadką i dlatego z łatwością może być źle rozpoznaną, a tem samem z innemi cierpieniami zamienioną.

R o k o w a n i e we wszystkich przypadkach, gdzie nie ma poważnych komplikacyj, jak n. p. fagadenizmu, jest korzystne, jeżeli naturalnie zastosujemy na czasie odpowiednie leczenie.

L e c z e n i e przedewszystkiem powinno być zastosowane do każdego z osobna przypadka. W pierwszym zaś rzędzie na uwzględnienie zasługuje jodek potasu, który specyjalnie w naszym przypadku dał nam świetne wyniki, a w drugim rzędzie dopiero rtęć, lub w pewnych razach odwar Zittmanna. W każdym razie leczenie, jakie należy stosować, nie odstępuje w niczem od tych zasad, jakiemi się kierujemy przy leczeniu kiły w ogólności i dlatego, ponieważ rozpisywanie się nad niemi przekroczyłoby znacznie ramy niniejszéj rozprawki, poprzestać musimy na krótkiéj powyższéj wzmiance.

Obok leczenia ogólnego leczenie miejscowe także ważną odgrywa rolę, i musi zdaniem mojem być odmienne, stosownie do okresu choroby. Dopóki gruczoł chorobowo zajęty nie uległ rozpadowi, stosować należy przylepiec rtęciowy lub nacierania przetworami rtęciowemi lub jodowemi bądźto w postaci maści, bądź też jako pędzlowanie *c. tinct. jodi*. Skoro zaś przyszło do zropienia i otworzenia się kilaka gruczołowego na zewnątrz, radziłbym używać tych środków, które w naszym przypadku zastosowane były, już dlatego samego, że nam dały one bardzo dobre wyniki.

Gdzie potrzeba tego wymaga nie należy zapominać, że obok środków przeciwkiłowych uwzględnić także należy ogólny stan chorego, jego odżywienie i t. d., a względnie do tego zarządzić odpowiednie postępowanie.

III. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

F i l i p p i (Turyn): O antinerwinie.

Antinerwina (*Salicyl bromanilid*) nowy lek przez Radlauera otrzymany jest równocześnie środkiem kojącym i przeciw-gorączkowym. F. używał go w przypadkach ostrego gośćca stawowego, w bólach nerwowych u histeryczek i w ostrych chorobach zakaźnych. Dawka 6 gr. na dzień nie wywołuje żadnych przykrych następstw. Po 10 gramowéj dawce dziennéj występowała sinica, tętno twarde, a w moczu wykazano powiększoną ilość urobiliny i obecność kwasu salicylowego. W przypadkach wygórowanéj gorączki w durze 0·50 co godzina sprowadzało znaczny spadek ciepłoty. U suchotników ant. pozostawała bez skutku i gorączki wieczornéj nie obniżała. Najlepiéj działała jednak w przypadkach ostrego gośćca stawowego. Dawka półgramowa uśmierzała bóle i obniżała ciepłotę. W nerwobólach, w migrenie, skutek jest zawsze pewny i dlatego autor przekłada antiner-

winę w przypadkach tych nad antipyrynę. Antinerwina jest proszkiem białym, w wodzie zimnéj nierozpuszczalnym, łatwo zaś w wodzie gorącéj i w alkoholu. Składa się z 1 części kw. salicylowego i bromku amonu i z 2 części acetanilidu czyli antifebryny. (D. n. Z. N. 5, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

Bergmann (Berlin): **O uchyłku przełyku i jego leczeniu.**

Autor ściśle odróżnia uchyłki, powstałe wtórnie przed zwężeniami przełyku, od uchyłków właściwych, czyli typowych, których cechą charakterystyczną jest nigdzie nienaruszona błona śluzowa. Uchyłki przełyku właściwe dzielą się na trakcyjne i pulsyjne; powstawanie uchyłków trakcyjnych jest jasnem i nie podlegającem wątpliwości, powstawaniu zaś uchyłków pulsyjnych poświęca autor pierwszą połowę swéj pracy. Opierając się na fakcie, że t. z. uchyłki pulsyjne mają siedlisko stałe, a mianowicie na ścianie tylnéj części górnéj przełyku, pod dolnym brzegiem *m. constrictoris pharyngis inf.*, oraz na stosunku anatomicznym tych uchyłków do mięśni przełyku, przychodzi autor do wniosku, że przy powstawaniu omawianych uchyłków pulsyja, jako moment przyczynowy wówczas tylko w grę wchodzić może, jeżeli w przełyku już uprzednio istnieją zboczenia, wogóle umożliwiające działanie pulsyi. Zboczeń tych szukać należy w wadach rozwojowych, a mianowicie w zagłębieniach gardła, z których wychodzą przetoki wrodzone szyi. Według Kostaneckiego i Mieleckiego (*Virch. Arch.* T. 12.) wychodzą przetoki wrodzone szyi zupełne oraz wewnętrzne niezupełne stale z drugiéj wewnętrznéj bruzdy skrzelowéj. Bergmann twierdzi, że uchyłki gardła oraz przełyku powstają z zaczątków przetoki wrodzonéj szyi; popiera to temi przypadkami, gdzie uchyłek rozwija się z miejsca, z którego przetoki te wychodzą oraz temi przypadkami, w których uchyłek powstaje u osób, już cierpiących taką przetokę. Zarówno pierwsze, jak i drugie są bardzo rzadkie: pierwszy przypadek uchyłka przełyku u osoby dotkniętéj przetoką wrodzoną szyi (obustronną), obserwował Mayr, drugi taki przypadek podaje autor. 38 letnia, niedokrwista chora cierpiała w 1-szym roku życia przetokę wrodzoną szyi po stronie lewéj; cierpienie to zostało usuniętem przez operacyję w 2-im roku życia choréj: od 4-ch czy 5 ciu lat coraz bardziéj wzmagające się dolegliwości śród przyjmowania pokarmów. Autor rozpoznał uchyłek przełykowy na wysokości środka szyi po stronie lewéj. Zachęcony świetnym rezultatem, otrzymanym przez Berkhana (*Berl. klin. Woch.* 1888 p. 227) przy leczeniu uchyłka przełyku przez wprowadzanie zgłębnika żołądkowego, rozpoczął Bergmann leczenie choréj tą metodą; wkrótce jednak od metody téj odstąpić musiał, gdyż chora po wprowadzeniu zgłębnika wymiotowała wszystko, cokolwiek przez zgłębnik do żołądka się dostawało; wobec tego zdecydował się autor na operacyję. Skóra i mięsień podskórny szyi zostały przecięte wzdłuż wewnętrznego brzegu lewego m. *sterno-cleido mastoideus*; mięsień ten został odsunięty na zewnątrz, powiększony zaś gruczoł tarczykowy na wewnątrz; po przecięciu głębokiéj powięzi szyi oraz *m. omo-hyoideus* odciągnięto na zewnątrz *a. carotis communis* i przecięto *a. thyreoid. inf.*, chrząstka tarczykowa została uchywoconą z tyłu oraz uniesioną ku górze, *a. thyreoid. sup.* przeciętą. Tą drogą dostał się autor do przestrzeni pozaprzełykowéj. Po wprowadzeniu przez usta metalowego zgłębnika do przełyku, gruszkowaty uchyłek został tępo wypreparowany i ze ściany przełyku wycięty; szwy na błonę śluzową przełyku założono jak najgęściéj. Tylko dolną $1/4$ część rany szyi zaszyto, resztę zaś wypełniono gazą jodoformową, uciskając zarazem mocno ranę przełyku. Chorą żywiono po operacyi *per os.* Szew przełyku utrzymał się do 6-go dnia po operacyi; tegoż dnia i tampon się zwolnił i w opatrunku pokazało się kilka kropel mleka. Zmiana opatrunku; połykane płyny zaczęły przechodzić coraz bardziéj przez tampon, wobec tego zmiana opatrunku 2 razy dziennie. Zaczerwienienia ani obrzęku brzegów rany nie było. Gdy tylko tampon mocno siedział, mogła chora swobodnie łykać i przez opatrunek nic nie przechodziło. Tak było przez miesiąc; rana granulowała dobrze i coraz mniej gazy używano do ucisku rany przełyku, wreszcie wystarczało ściągnięcie brzegów rany przylepcem. Po 12 tygodniach przetoka zagoiła się; w 14-tym i 16 tym tygodniu po operacyi otwierała się na nowo, lecz pod wpływem lapisu i termokautera szybko się zamykała. Upłynął rok od operacyi a 8 miesięcy od czasu, kiedy przetoka po raz ostatni się otworzyła. Chora jest zupełnie uleczoną, a dawne cierpienie przypomina jéj jedynie biała linijna blizna na szyi; może swobodnie łykać nawet duże i twarde kęsy, niedokrwistość ustąpiła. Worek, stanowiący uchyłek przełyku miał 6 cm. długości, a cienkie jego ściany stanowiły mięśnie prążkowane, nie dające się rozdzielić na warstwę podłużną i poprzeczną. Autor kończy uwagą, że taka operacyja, po któréj szwy rany przełyku można utrzymać choćby tylko przez pierwszych 5—8 dni, jest znacznie mniéj niebezpieczną, aniżeli te esofagotomije, po których rana przełyku pozostaje otwartą przez czas dłuższy, lub też gdzie błona śluzowa przełyku zostaje zeszytą ze skórą, gdyż, operując metodą autora, można zakażenia rany w zupełności uniknąć. (*Arch. f. klin. Chirurg. Bd.* 43. H. 1.)

K. Klecki.

Gleich (Wiedeń): **Narkoza brometylowa.**

Brometyl przez Mercka w Darmsztacie wytworzony jest płynem bezbarwnym o eterycznéj woni, oddziaływania obojętnego, nie posiadającym własności żrących i niezapalnym. Od Września r. z. wykonano w klinice Billrotha 150 narkoz brometylowych. U dzieci wystarczają 5—10 gr., u dorosłych 10—20 gr. w celu zupełnego uśpienia. Największéj ilości, bo 30 gr., użyto u jednéj silnej budowy pacyentki z objawami sinicy. Przyrząd do narkotyzowania używany składa się z maski drucianej, wśród któréj wpleciona jest gaza płynem przesiąknięta. Ciecz, jak przy narkozie chloroformowéj, kropli się na maskę i powoli do nosa i ust przykłada. Tętno wkrótce staje się szybciejszem, kończyny nieco tężeją, lecz szybko potem stają się podatne. Zupełna narkoza występuje po 30 sekundach. Pacyenci budzą się nagle, nie powoli jak chloroformowani. U pijaków zauważono krótki okres podrażnienia. Wymioty wystąpiły 5 razy. Jeżeli chcemy operować w ustach, należy przed narkozą wsadzić między zęby klin, wśród narkozy bowiem występuje często szczękościsk. Chorzy z wadą serca znosili tę narkozę bardzo dobrze. (*Z. für. Th.* Nr. 1. 1892).

Dr. Mendelsburg.

Choroby oczne.

Deutschmann: **Zaniewidzenie skutkiem zatrucia ustroju w carcinomatosis.**

U 54 letniego robotnika w wysokim stopniu wyniszczonego wystąpiło nagle obustronne upośledzenie wzroku, które po kilku dniach zamieniło się w całkowitą ślepotę bez jakichkolwiek zmian dających się wziernikiem wykazać. Do tego przyłączyły się kurcze i *coma*, wśród których chory wkrótce życie zakończył. Sekcya wykazała w żołądku w okolicy *curvatura min.* miękkie, powierzchownie owrzodziałe *carcinoma* wielkości jaja kurzego. Przerzutów, ani nawet żadnych zmian w innych narządach nie znaleziono. Badanie anatomiczne i drobnowidowe n. wzrokowego aż po ośrodki nie wykazało również nic nieprawidłowego. Jak wobec tego wytłumaczyć ślepotę? Najprawdopodobniéj ma się tu rzecz tak, jak w ślepocie uremicznéj, w któréj też czasem całkowitą amaurozę poprzedza krótki okres upośledzenia wzroku. Dziś już nie ulega wątpliwości, że ostatecznéj przyczyny objawów mocznicowych szukać należy w zatruciu ustroju zatrzymanemi częściami składowemi moczu. Odpowiednio do tego w swoim przypadku przypisuje autor zaniewidzenie oraz kurcze i *coma* autointoksykacyi ustroju produktami rozpadającego się raka w żołądku. Już w roku 1888 wypowiedział Oppenheim [1]) zdanie, że przebieg ostrych śmiertel-

[1]) *„Uiber Hirnsymptome bei Carcinomatose ohne nachweisbare Veraenderungen im Gehirn“.*

nych chorób układu nerwowego bez tła anatomicznego jak: ostre *delirium*, ostra śmiertelna hysteria, *Paralysis* Landryego i in., zdaje się potwierdzać hypotezę o przyczynie infekcyjnéj lub toksycznéj, bo jakkolwiek nie udało się wykazać wprost chorobotwórczych mikroorganizmów w układzie nerwowym, to nie wyklucza to działania na takowy trujących istot, będących ich produktem. I w przypadku Oppenheima u choréj na *Carcinoma ventriculi* powstała na 8 dni przed śmiercią afazya i porażenie prawéj połowy ciała, dla których to objawów ani sekcya ani badanie drobnowidowe nie były wstanie wykazać jakiejkolwiek podstawy anatomicznéj w układzie nerwowym. Objawy te odnosił więc on do toksycznego działania na ośrodki mózgowe produktów, których punktem wyjścia było *carcinoma*, hypoteza od tego czasu coraz więcéj zyskująca zwolenników. Klemperer i Müller (z Bonn) na podstawie własnych badań doszli do wniosku, że przyczyną ogólnéj kacheksyi w przypadkach raków, nawet małych, często bardzo znacznéj, jest autointoksykacya szkodliwemi produktami, któréj też przypisać należy występujące czasem *coma carcinomatosum* tak do *coma uraemicum* podobne. (*Beitraege z. Augenheilk.* 1890. H. 1.)

Dr. Langie.

Choroby uszne.

Rohrer (Zurych) **O chorobach usznych podczas influenzy.**

Obok silnych zadrażnień zapalnych przewodu oddechowego i pokarmowego i lżejszych lub cięższych pobudzeń nerwowych współcierpienie narządu słuchowego towarzyszy téj pandemii w nader licznych przypadkach. W przeważnéj części przypadków występowały lekkie przemijające objawy ośrodkowe i obwodowe, jak upośledzenie nieznaczne słuchu, lekkie kłucia, szum, uczucia zawrotu. Obok tego niektórzy chorzy skarżyli się na owe osobliwe ciśnienie w zakresie zatoki czołowéj, które się często objawia w ostrych i przewlekłych cierpieniach błony śluzowéj nosa. Bł. śluzowa noso-gardłowa, którą najczęściéj i najsilniéj nawiedzają organiczne szkodniki infekcyjne, sprowadzała liczne sprawy ostre trąbki i ucha środk. W innych przypadkach występowały bez współudziału narządu głos przewodzącego lekkie i ciężkie zaburzenia nerwowe, jak objawy zawrotu, podmiotowe uczucia słuchowe przy nietkniętym słuchu i przeczulica n. słuchowego; obecność ustrojów chorobo-twórczych we krwi może nam tłómaczyć objawy nerwowe ze strony n. słuchowego i jego narządu końcowego w błędniku a mianowicie zaburzenia w równowadze ciała. Przebieg chorób bywał zwyczajny. W ostrem nieżytowem zapaleniu ucha środk. (22 przyp.) 4 razy była wypocina surowicza, obfita, wymagająca punkcyi. W jednym przypadku ostrego zapalenia ropnego było krwawienie 2 dni trwające. W 3 przypadkach tego zajęcia przyszło do silniejszego zadrażnienia wyrostka sutk. z przebiegiem pomyślnym. We wszystkich prawie przypadkach ostrych bóle były bardzo znaczne. (*Archiv f. Ohrenheilk.* T. XXX. z. 1 i 2)

Dr. Spira.

Choroby dzieci.

Prof. Henoch: **O przewlekłem zapaleniu otrzewny u dzieci.**

Autor występuje przeciwko panującemu jeszcze uprzedzeniu, że każde przewlekłe zapalenie otrzewny musi być natury gruźliczéj i dowodzi na podstawie swoich doświadczeń błędności tego zapatrywania, które jeszcze Wesh w swojem dziele z r. 1884 podziela. H. nie widzi powodu, dlaczegoby otrzewna nie mogła uledz tak samo zapaleniu jak i opłucna, a przecież wiele jest znanych przypadków, gdzie i zapalenie opłucny i zapalenie otrzewny było doszczętnie wyleczone, a więc nie mogło być natury gruźliczéj.

Przebieg takich przewlekłych zapaleń jest według H. następujący: U dzieci dotychczas zdrowych i nie skarżących się na żadne bóle lub dolegliwości w brzuchu rodzice spostrzegają powiększający się stopniowo brzuch i w tym już czasie dokonane badania przez lekarza z łatwością wykazuje wolny płyn w jamie brzusznéj. Badanie ścisłe narządów nie wykazuje żadnych zmian, zwłaszcza wątroba i nerki nie przedstawiają zboczeń, a płyn wydobyty z brzucha odznacza się wielką zawartością białka, co właśnie także przemawia za jego pochodzeniem zapalnem. Takie zapalenia przewlekłe na otrzewny powstają tylko wskutek urazu, jakkolwiek rzadko kiedy można to wykazać. Fiedler przypuszcza, że takie zapalenia powstają czasem po przebytéj odrze, czemu i H. się nie sprzeciwia, jakkolwiek podobnych przypadków nie obserwował.

Rozpoznanie takich zapaleń bywa nieraz b. trudnem, zwłaszcza rozróżnienie, czy się ma do czynienia z zapaleniem gruźliczem, czy ze zwykłem. Wobec zapaleń otrzewny niegruźliczych dzieci zazwyczaj wyglądają blado, jednak odżywienie ich nie tak podupada jak u gruźliczych, nadto u dzieci takich nie znajdujemy ani dziedziczności co do gruźlicy, ani zmian w szczytach, któreby tłomaczyły zmiany w otrzewny. Co się zaś tyczy prątków, to te z trudnością wykryć można, a brak ich jeszcze nie przemawia przeciwko gruźliczemu zapaleniu, bo z cieczy trzeba nieraz zrobić bardzo wiele preparatów, za nim się prątek wykryje. Zapalenie otrzewny przewlekłe dotyczy częściej dziewcząt niż chłopców, a i w późniejszym wieku rzadziéj na tę chorobę zapadają mężczyźni niż kobiety. Jeżeli *ascites* pochodzi ze zmian wątrobowych, to po punkcyi brzucha dokładne badanie tego organu wykaże nam zmiany w wątrobie, a nadto w chorobach tego narządu mogą występować krwotoki z żołądka lub kiszek, żółtaczkowe zabarwienie skóry, odbarwienie stolców i t. p., co w danym razie może nam ułatwić rozpoznanie.

Co się tyczy leczenia przewlekłego zapalenia otrzewny, a przedewszystkiem gruźliczego, to żadne środki lekarskie na nic się nie przydadzą. Przy należytym spokoju w łóżku i dobrem odżywianiu próbowano robić zawijania brzucha w mokre kompresy, pędzlowanie brzucha jodyną, lub mięszanką collodium z jodoformem, podawano ferrum jodolum, zalecono kąpiele ciepłe, parówki, ale bez widocznego skutku. W ostateczności uciekamy się do punkcyi brzucha, bo po punkcyi brzuch na jakiś czas maleje, ale potem znowu zaczyna przybywać. — Natomiast chirurgija cieszy się lepszemi rezultatami i od czasu Königa (1884) laparotomia w przypadkach zapalenia otrzewny gruźliczego i zwykłego stosuje się dość często i, jak twierdzą chirurgowie, z powodzeniem. Sam König objaśnić działania tego nie jest w stanie, jednak fakta przemawiają za takiem postępowaniem. Dr. Philipps opisuje 130 przypadków z zapaleniem otrzewny, w których robiona była laparotomia. W pracy zaś Dr. Aleksandrowa (z roku zeszłego) jest zestawionych 20 przypadków gruźliczego przewlekłego zapalenia otrzewny (chorzy w wieku od 2 do 15 lat), które po laparotomii skończyły się wyzdrowieniem. Wprawdzie o wyleczeniu mówić jeszcze nie można, bo nie wiemy, co się stanie po tem po latach kilku, dotąd ich jednak za uleczonych uważać należy.

W dyskusyi prowadzonéj po odbytym odczycie w „*Verein für innere Medicin*“ w Berlinie przez Kleista, Bagińskiego i Jastrowitza podnoszono jeszcze ostre i przyostre nieżyty dróg pokarmowych oraz *lues hereditaria* jako punkty etyologiczne dla przewlekłych zapaleń otrzewny, czemu i Henoch w zasadzie się nie sprzeciwiał, jakkolwiek podobnych przypadków nie obserwował. Dr. Kleist używał mięsienia w jednym przypadku z dobrym wynikiem, jednak Henoch powątpiewa w skuteczność mięsienia i słuszną czyni uwagę, że to mogło być tak samo *propter* jak i *post hoc* wobec znanego faktu, że takie przewlekłe zapalenia otrzewny nieraz same przez się przy odpowiednich warunkach kończą się wyleczeniem. (*Deut. med. Wochschr.* Nr. I. 1892.)

Dr. J. Surzycki.

Choroby nerwowe.

Fournier (Paryż): **O rozpoznaniu poczynającéj się ataksyi.**

Podczas gdy wykształcony już uwiąd rdzenia nie przedstawia trudności w rozpoznaniu wobec wyraźnie występujących objawów lokomotorycznych, ma się rzecz zupełnie inaczéj w przypadkach, gdy choroba dopiero rozwijać się poczyna. Jakkolwiek F. nic nowego w swojem „studyum klinicznem“ nie podaje, nie od rzeczy będzie wobec wspomnia-

nych trudności rozpoznawczych podnieść główne punkta, na które F. szczególną kładzie wagę. 1) Objaw Westphala, brak odruchów ścięgnistych, istnieje prawie w 2/3 wszystkich przypadków w *stadium praeatacticum.* 2) Jeszcze częstszym jest objaw Romberga, którego bliżéj opisywać nie potrzeba. 3) Jednym z najregularniéj występujących i pierwszych oznak uwiądu jest trudność schodzenia ze schodów, któréj następstwem jest to, że chorzy nader ostrożnie ze schodów zstępują trzymając się lękliwie poręczy z obawy aby nie upaść. 4) Przekładanie jednéj kończyny na drugą uskuteczniają chorzy w początkowych okresach ataksyi w ten sposób, że ją niejako przerzucają i opisują kończyną łuk o wiele większy niż do wykonania tego ruchu potrzeba. U niejednego chorego, którego historyi choroby F. wcale nie znał, rozpoznawał początek ataksyi, z sposobu, w jaki siadał na krześle i nogi przekładał i nigdy się nie zawiódł.

Jako piątą oznakę początkowéj ataksyi przytacza F. zboczenia „w chodzeniu na rozkaz“: Jeżeli siedzącemu choremu się poleci, aby się podniósł i natychmiast poszedł kilka kroków naprzód, to albo zastanawia się chwilkę, zanim pójdzie i powstaje krótka pauza pomiędzy podniesieniem się z krzesła a pierwszym krokiem, czego u zdrowego człowieka nie widzimy nigdy, albo też podczas chodzenia występują na jaw zawahania. Podobnie rzecz się ma, jeżeli podczas chodzenia nakaże się choremu nagle się zatrzymać lub zawrócić i w tych przypadkach istnieje krótka chwila zawahania i niepewności. Szóstą oznaką najczulszą są objawy podczas stania na jednej nodze, które rozstrzygają w przypadkach, gdy innych objawów brak, a które jak niemal wszystkie polegają na upośledzeniu czucia mięśniowego. (*Bullet. médic.* 1892. Nr. 12.) *Beck.*

Löwenthal: **Leczenie pląsawicy eksalginą.**

Leczonych było przypadków 35 w wieku od 3 do 18 lat i rezultaty były bardzo zachęcające. Dawka wynosiła zwykle 0,2 na raz i takich podawano 3, najwyżéj 5. dziennie. Lżejsze przypadki już w przeciągu 8 dni były wyleczone, najcięższe zaś trwały 4 miesiące. Średnio jednak biorąc leczenie wymagało 5—6 tygodni czasu. Poprawa nieraz następowała już po kilkunastu proszkach, w większości zaś przypadków po wyżyciu 4—6 grm. Najwyższa ilość wyżytéj eksalginy wynosiła 112 grm. Z niemiłych ubocznych działań zauważył autor szum w uszach, uczucie jakby się było pijanym. nudności, wymioty, ból głowy, sinicę a przy pierwszych takich objawach wstrzymywano natychmiast podawanie eksalginy i wszystko to mijało prędko. W kilku zaś przypadkach zauważono żółtaczkę, która jednak w parę tygodni mijała, a podawana następnie eksalgina już żółtaczki nie wywoływała. Badanie moczu i krwi wśród podawania eksalginy nie wykrywało żadnych zmian. (*Berl. klin. Wochsch.* Nr. 5, 1892 r.) *Dr. Surzycki.*

Medycyna sądowa.

Doc. Dittrich (Wiedeń): **Zakażenia połogowe ze stanowiska medycyny sądowéj.**

Przyrodę zakażeń połogowych już w roku 1861, a więł. w dobie przedantyseptycznéj Semmelweis należycie ocenic Zakażenia te są albo samoistne lub też, a to nierównie częściéj są one następstwem nieostrożności lekarza lub akuszerki. Zakażenie połogowe kończące się śmiercią nie zyskało dotąd słusznego znaczenia sądowego. D. zaleca, aby każdy przypadek zakażenia połogowego z zejściem śmiertelnem podlegał oględzinom i obdukcyi sądowéj, gdyby nawet strona nie uczyniła doniesienia sądowego, iż w danym przypadku przewinienie lekarza lub akuszerki przyczyną zakażenia się stało. Wynik sekcyi rozstrzyga pytanie, czy w istocie zakażenie połogowe powodem śmierci było. Dochodzenie zaś sądowe jest w stanie objaśnić, czy lekarz względnie akuszerka, niedbałem i niezgodnem z pojęciami antyseptyki i istniejącemi przepisami sanitarnemi postępowaniem gorączki połogowéj nie wywołali. W wyniku dodatnim dochodzenia sądowego tak lekarz jako też akuszerka mogą być osądzeni o popełnienie myłki zawodowéj (*Kunstfehler*). (*Wiener klin. Wochenschr.* 1892 Nr. 7.) *Dr. Wachholz.*

IV. Zarazy nagminnie w Wielkopolsce panujące aż do roku 1800.

ZARYS HISTORYCZNY.

Napisał

Dr. Wacław Zaremba.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14.)

W *Chronik d. Stadtschreiber v. P.* A. Warschauera p. 31 et seq. znajdujemy dokument odnoszący się do owego sporu a zarazem opisujący morową zarazę w r. 1542. Nie powtarzając znanych już szczegółów sporu, podajemy tylko opis zarazy. „A. D. MDXLII cum contagio pestis ingens non modo jam in Walyszewo, sed etiam per totum fere Majorem Poloniam in omnibus pagis et oppidis grassaret, Posnaniae deinde sensim per annum integrum irrepere coepit jam in hunc, jam in alterum vicum irrepens, duos, tres, etiam quatuor, quinque paululum abripiens. Magna exquisitaque fuit initio ejus rei custodia. Nam ubi primum deprehensa est irrepsisse contagio, mox hospes cum omnibus ab officio civili, qui in domo erant illa, hac ex parte appensa cathena occlusi, vel omnes civitate exire coacti. A nundinis tamen divi Joannis bap. jam non modo serpere, grassare tamen undique horrendissime cepit. Consulatus ac primores urbis hujus viri domicilia sua, quo unicuique visum fuit, transtulere. Duravitque pestis haec horrenda usque ad adventum domini . . . .[1]) Eorum judicio, qui hic relicti fuerant et ex ministrorum recognitione, qui ecclesiis serviebant, fossoribusque 4500 mortuorum apud S. Mariae Magdalenae, divi Martini, Adalberti parrochias subducta racione plus minusve etiam horum, qui in monasteriis sepulti sunt, comperta. In Walyszewo ad 500 sepulti. Magna vastitas hominum in civitate fuit . . . .[2]) Nec uno vico, sed omnibus vicis per dies integros ferebantur mortui. Multi validi ac robustissimis corporibus viri interierant, qui risu jocoque illudebant his qui se alio conferebant. Annone erat etsi non magna penuria, tamen victus difficilis gravisque, cum nemo externus civitatem veniebat. Capitis poena a nobilibus erat instituta, si quis subditorum Posnaniam esset ausus visere. Magno indicibilique moerore ajebant affectos fuisse, qui hic manendi animum induxerant non tam externis, quam internis doloribus afflicti, cum nil aliud per hoc tempus in ore omnium fuit cordeque volvebatur, quam mors mortisque imago. Sive forum, sive templum aliquis visebat nonnisi mortuum vel efferri vel de mortuo agoneque audiebat laborantem. Hodie bene valentem fratrem, conjugem, liberos, vicinum vidit, priusquam vel cubitum die eodem, vel mane surrexisset, vita esse functum non unum reperit“. *(Act. consist).* Tamże na stronie 42 znajduje się odpis z akt konsystorskich, opisujący mniéj lub więcéj tak samo tę zarazę i ucieczkę radnych i pisarzy miejskich z miasta dla coraz więcéj wzmagającéj się śmiertelności. Z akt konsystorskich także dowiadujemy się o liczbie zmarłych i pochowanych przy rozmaitych kościołach. Dodać musimy tutaj, iż po wybuchu zarazy morowéj powódź wielką część Poznania nawiedziła. Odnośny wypis z dokumentu brzmi: „Quam quidem inundacionem pestis praecesserat, qua a festo divi Joannis bap. usque ad festum divi Andreae circiter hominum milia tria absorbuisse fertur. Apud parochiam div. Mar. Mag. et ecclessiam Sanctor. Omnium ferebantur sepulti esse 905.

In parochia divi Martini .	1118
In coenobio Bernardinorum	21
Apud S. Adalbertum . . .	521
Carmelitarum	8
Ibidem communis vulgi .	150

W r. 1546 miało się w Poznaniu znowu pokazać powietrze morowe (Łukaszewicz, Obraz hist. stat. m. P.), bliższych wiadomości jednakże o téj zarazie nie mamy.

---

[1]) Opuszczone, jako nie należące do rzeczy. — [2]) Tak samo.

Lata 1552—1553 srogą morową zarazą dały się Poznaniowi i całéj Wielkopolsce we znaki. W archiwum znajdują się dwa zapiski i tak: „Audientia prima post Bartholom. 1552. Venerabilis D. Albertus a Grodzisko, Penitentiarius . . . . et officialis generalis Posnan . . . . ob serviciem pestis quae Posnaniae et circumquaque pululatur, omnes et singulas causas ad primam iuris post festum S. Martini proxime futurum suspendit“. Zaraza wszakże i w jesieni jeszcze w Poznaniu panować musiała, gdyż drugi zapisek opiewa: „Die Lunae quatuordecima Novembris 1552 Rndus D. Franciscus Vysoczky . . . . et officialis Posnan. generalis . . . . pestis quae hic Posnaniae et circumquaque pululatur, omnes et singulas causas ad primnam iuris post octavus epiphaniarum Dni. limitavit“ (*Liber relationum*). Również i J. Łukaszewicz o zarazie téj wspominając, powiada, iż w zimowych miesiącach r. 1552 ustała, lecz znowu z podwojoną grozą 1553 wybuchła, bardzo dużo ludzi zabijając (Obraz hist. stoł. m. Pozn. II, str. 280). Roku następnego zaraza ta panowała w Bydgoszczy.

W r. 1568 Wielkopolska wiele ludności skutkiem panującéj morowéj zarazy utraciła (Łukaszewicz Obraz II, str. 287). Również i archiwalne zapiski wiadomość tę potwierdzają. W *Liber relationum* czytamy: „Die Saturni XXV, mensis Septembris 1568 Rndus. D. Franciscus Visoczki, Cantor, Cannonicus . . . officialis posn. generalis . . . pestis magnae Posnanie ac in Summo ejusdem vigentis hora diei duodecima solvit debitum naturae . . .“. Inny zaś zapisek archiwalny powiada: „Anno 1568, 25 May, hora 19 in Castro Posnaniensi Magn. Jacobus ab Ostrorog Majoris Poloniae, generalis Capitaneus mortuus. Eodem anno die 20 Julii Albertus Caprivus, Bukoviensis medicus, Plebanus in Tharnow mortuus peste infectus Posnaniae. Hoc anno pestilentia seviebat Posnaniae a festo S. Joannis Bpt. usque ad finem ejusdem anni 1568. In sola civitate mortui sunt ultra 6000. Eodem anno fere in tota majori Polonia pestis grassabatur sub(?) non in partibus Pyzdry, Srzoda, Slupcza, Kleczewo, Sleszin, Szamotuli, Gnesnae, Wratislaviae. Glogoviae, Vschovae, Czempin, Kazimierz, Czarnkow, Jutrosin, Kozmin, Konin, Kolo, Chodz, Dambin, Powydz, Vladislaviae, Bnin (*Libec relationum*)“. Inny zapisek powiada: „Anno 1568 die Lunae penultima Novembris alias in Vigilia St. Andreae propter sev. pestem Srzodae, Posnaniae, Pyzdry et Gnesna, Conventus particularis in campo inter Srzoda et Villam Kiewo erat habitus“ (*Arch. episcop. acta consistor.*). Z tegoż roku znajduje się w „*Chronik der Stadschreiber v. Posen.* A. Warschauera str. 68 przytoczony inny dokument z akt konsystorskich, w którym znajdujemy potwierdzenie poprzednio przytoczonego, a oprócz tego pomiędzy wymienionemi a zarazą objętemi miastami w Wielkopolsce są przytoczone jeszcze Rogoźno i Łobżenica. Również J. Łukaszewicz „Obraz i t. d.“ o téj zarazie wspomina.

Już w r. 1572 znowu zaraza w Poznaniu się pokazała. jak to w *Liber relation.* akt grodzkich czytamy: „Anno 1572 circa festum S. Joannis Bapt. in mense Junio pestis Posnaniae grassari coeperat mediocriter tamen, veram vigebat continue et immediate usque post festum Epiphaniarum in anno sequenti. Per hoc tempus aliquot Praelati et Cannonici in villis praestimonialibus Posnania propinquioribus auram pestiferam evitantes manebant proptereaquae iura et causae siluere“. W *Chronik der Stadstschr. v. P.* Warschauera jest również na str. 72 przytoczony dokument z akt konsystorskich, opisujący ucieczkę radnych miejskich, o saméj zaś zarazie powiada: „Hoc anno 1573 contagio aliunde importata passim per suburbia et in civitate inicio quidem lento gradu serpere, sed circa festum S. Bartholomaei et post hoc festum exerbis viribus per tempus non mediaere suevire et grassari coepit etc.“. Dodać zaś tu musimy, iż w r. 1570 wielki głód w całéj Polsce panował, o którym Stryjkowski opowiada, co prawdopodobnie nie mało do rozszerzania zarazy się przyczyniło (Dr. L. Gąsiorowski. Zbiór wiadomości I, 180). J. Łukaszewicz zaś powiada, iż panowało morowe powietrze w styczniu 1571 r, w Poznaniu i tak zw. hiszpańska choroba (*lues hispanica*).

W r. 1578 miała się rozszerzyć w Poznaniu jakaś ciężka zaraza (Dr. L. Gąsiorowski, Zbiór wiadomości I, 151).

W r. 1585 cała Wielkopolska niezmiernie od morowéj zarazy ucierpiała. Zdaje się zaś, iż i lat następnych zaraza ta mniéj lub więcéj się pokazywała. Nadmienić zaś nam tutaj wypada, iż roku tego samego, tj. 1585 w kwietniu wylewem Warty straszna powódź miasto Poznań nawiedziła — w rynku miejskim woda do trzech łokci wysokości dochodziła (J. Łukaszewicz, Obr. m. P. II, 301), co niemało przysposobiało grunt do rozpościerania się już w lutym wybuchłéj zarazy (Dr. L. Gąsiorowski, J. Łukaszewicz). W aktach konsystorskich znajdujemy wzmiankę, z któréjby wnosić można, iż morowe powietrze od strony południowéj t. j. Szlązk do Wielkopolski się wdarło. Czytamy bowiem: „Rndus Dnus Officialis . . . animadvertens periculum ingens propter contagionem aurae pestiferae passim ubique et maxime a finibus Silesiae, per loca majoris Poloniae, etiam Posnaniae grassantis, causas omnes et singulas eorum sua R. P. motus pendentesque indecisas suspendit et audientias publicas fieri interdixit“. Akt ten datuje się z 11 września 1585. Drugi z dnia 15 stycznia 1586 brzmi: „Rndus Dnus Michael Stawieński Canonicus etc. postquam pestis contagio in urbe Posnaniensi et circumquaque paululum vires suas refrenare et conquiescere coepit, ex villa sua Giecz[1]) tandem reversus Posnaniam . . . causas omnes . . . ad judicium suum revocavit . . .“. Już jednakże w dniu 9 września 1588 znowu sprawy wszelkie się zawieszają, „ob aerem pestiferum per et infra civitatem Posnaniensem ubique vigentem . . .“. Zakaz ten zostaje zniesionym w dniu 8 lutego 1589 „posteaquam lues funesta pestilentie virus suum (*sic*) remisit et a locis quae in civitato Posnan. occupaverat, recessit, frequentia hominum undequaque ad domicilia sua confluente, auraque salubri vigento . . . etc.“ (*Act. consistor.*). Także i miasto Bydgoszcz w r. 1585 wielką klęskę skutkiem pomora poniosło (Dr. L. Kühnast, *Historische Nachrichten über die Stadt Bromberg* str. 54).

Ciekawym dokumentem z onych dni zarazy morowéj w Poznaniu jest zawarta ugoda z trzema lekarzami a daléj i rachunek poczynionych wydatków przez magistrat, z powodu panującéj w mieście śmiertelnéj zarazy. Obadwa te dokumenta znajdujemy przytoczone u A. Warschauera *Chronik der Stadtschreiber v. Posen* str. 75 et seq. Interesujący ten dokument brzmi jak następuje: „Coram spectabili consulatu civitatis Posnaniensis personaliter comparentes honesti Gerhardus Stichlingk Coloniensis et Georgius Craigiciborn Gedanensis, artis chyrurgicae socii, sani mente et corpore existentes, non compulsi nec coacti, sed sponte libere publice pietate Christiana moti polliciti sunt et sese inscripserunt spectabili consulatui Posnaniensi praesentibusque pollicentur et sese inscribunt: se velle omnem suam operam pro posse, scientia et fidelitate artis ipsorum navaturos in curandis hominibus, quicunque sub praesenti et futuro tempore pestilenti contagione infecti fuerint, eisdemque omnibus mederi. Quibus spectabiles domini proconsul et consules in provisionem assignaverunt praesentibusque assignant singulis septimunis incipiendo a die hodierna per florenos quindecem tam a quolibet aegro, quemcunque in suam receperint curam si ferte aegrum mori contigerit, per grossos quindecem, si vero opera industria atque deligentia ipsorum ex apostemate vel apostematibus periculosis convaluerit, a qualibet persona per duos florenos habituri sunt. Praeterea medicamenta omnia ad eam rem necessaria cum scientia et consilio jurati alicujus chyrurgi ex pharmacopolio accepta ex aerario civitatis publico persolventur. Insuper mansio libera hic alicubi in civitate vel circum civitatem prope illis assignabitur, lignaque ad calefiendum eisdem ex publico suppeditabuntur. Tertius verum illorum socius, quem illi sibimet ipsis adsciscere eundemque ex provisione superius assignata contentare tenebuntur, in lazareth semper in speciali habitatione manere ibidemque omnibus aegris providere juxta informationem

[1]) Wieś położona w powiecie średzkiem.

ipsorum dedebit. Quod si forte, quod Deus omnipotens avertat, eundem tertium vel aegrotare vel mori ex contagione pestilenti contigerit, extunc hi duo Gerhardus et Georgius vel alio illi loco lazareth providere tenebuntur, vel alter eorum ibidem eandem operam praestare tenebitur, ita ut semper illorum tres in curandis et sublevandis aegrotis praesto sint. Ad quae omnia facienda, obeunda et explenda iidem Gerhardus et Georgius sese manu stipulata spectabili domino proconsuli data submiserant. Actum Sabbatho ipse die festo Scti Mathei Apostoli et Evangelistae, anno domini millesimo, quingentesimo octuagesimo quinto".

Rachunek wydatków poczynionych zaś jest następujący:

Item a portatione infirmorum pauperum ad lazareth	—	flor. 11	gros.
Dom. a. f. s. Petri in vinc. (28 lipca) a sepultura et portatione infirmorum ad lazareth dedimus	—	„ 14	„
Dom. a. f. s. Barthol. (18 sierpnia) infectis peste in Winiary ad victum .	—	„ 15	„
Item fossoribus mortuorum pro panno ad vestes et a labore eorum	6	„ 11	„
Item provisoribus pestis causa occlusorum ad vertes jussu dominorum consulum dedimus	5	„ 23	„
Item pro aromatibus a Dom. Joanne Zabinsky ad necessitatem civitatis et propter infectos peste acceptis dedimus	21	„ 11	„
Summa . .	34	flor. 25	gros.
Custodibus portarum diurnis pesto infectos infectos a civitato arcentes	200	„ 24	„
Summa 1585 . . .	235	flor. 19	gros.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 kwietnia. Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 6 kwietnia odbytem 1) kol. przewodniczący Ponikło odczytał pismo zeszłorocznego prezesa kol. Gluzińskiego na ręce Komitetu przesłane, w którem prof. Gluziński dziękuje Komitetowi i członkom Towarzystwa „za zaszczycenie go ucztą koleżeńską w uznaniu jego urzędowania", — nadto przedłożył Towarzystwu kilka spraw administracyjnych.

2) Przyjęto jednomyślnie do grona Towarzystwa 5. nowych członków czynnych.

3) Kol. Sroczyński przedstawił 2 przypadki z kliniki chorób ocznych, mianowicie a) chorego, u którego wydobyto odprysk żelaza z ciałka szklannego, poczem zachowaną została prawie cała bystrość wzroku i podał dotychczasową statystykę wyników téj operacyi; b) chorą dotkniętą mięsakiem barwikowym ciałka rzęskowego (*melano-sarcoma corporis ciliaris*), który badaniem wziernikowem rozpoznano, dodając kilka uwag rozpoznawczych.

4) Kol. Obaliński przedstawił nader rzadki przypadek nowotworowéj choroby skóry.

Obie powyższe demonstracyje wywołały bardzo żywą dyskusyję, w któréj wzięli udział koll. Browicz, Gluziński, Mars, Rosner (senior), Rydygier, Rydel, Zarewicz.

5) Kol. Browicz przedstawił przypadek „*pneumatocele supra-auricularis*" u 12-letniéj dziewczynki.

* W tygodniu 12-ym (od 20—26 marca) było w Krakowie małżeństw 3, urodzeń 52, skonów 54, z tych z gruźlicy 15, z zapalenia płuc 7, z dławca i błonicy 4, z duru plamistego 2, z nieżytu żołądka i jelit 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Na katedrę opróżnioną wskutek przeniesienia się do Petersburga prof. Nenckiego powołany został do Berna prof. Drechsler z Lipska. — Prof. kliniki lek. w Jenie Rossbach ustępuje z katedry z powodu schorzenia; liczy on lat 50.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Kazimierz Garbiński z Obergörzhah w Krainie.

Zmarli: we Wiedniu Dr. Ali Bey Regersperger w 75 roku życia. Urodzony w Czechach, wychowaniec szkoły józefińskiéj we Wiedniu, jako starszy lekarz wojska austryjackiego w r. 1848 dostał się w niewolę węgierską i zmuszony służyć jako lekarz w armi węgierskiéj, później przeniósł się do Turcyi, przyjął wiarę mahometańską, wstąpił do wojska tureckiego i był lekarzem przybocznym marszałka Omera baszy; również we Wiedniu umarł prof. farmakologii w Grazu Dr. Karol Schroff licząc lat 48, syn byłego wiedeńskiego profesora tego samego przedmiotu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 16 Kwietnia 1892. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

Przypadek 11. Riedel (*Zur operativen Behandlung der Dickdarmcarcinome. Deutsche Med. Wochens.* 1886 str. 252). 51 l. męż. na dwa lata przed operacyją zaburzenia w oddawaniu kału, rozwolnienia i zaparcia; w pół roku potem zauważył guz. R. widział chorego w 1883 r. w świetnym stanie i zaproponował operacyję lecz chory się nie zgodził, poczem inny lekarz bałamutnie leczył go na przymiot. W bardzo wyniszczonem stanie zgłosił się do R. w dwa lata późniéj; guz wielkości dwóch pięści, mniéj ruchomy niż przedtem, brzuch niewielki, nie ma boleści. 1885 r. 18/X cięcie brzucha; *colon adsc.* schodzi na dół i przyrosłe do guza, zajmującego wyłącznie *coecum*, skutkiem tego Riedel zmuszony był wyciąć część *ilei*, *coecum*, całe *colon adcs.* i część *c. transversi.* Można było wprawdzie dobrze zbliżyć *ileum* do poprzecznicy; lecz Riedel nie zrobił tego z obawy o zgorzel kiszki z powodu naciągnięcia kreski mocno zmaltretowanéj przez (liczne *massenhafte*) obkłucia. Dla uniknięcia więc naprężenia w krezce wszył R. poprzecznicę w górnym, *ileum* w dolnym kącie rany, poczem zaszył tę ostatnią. Przewidywania co do zgorzeli sprawdziły się: obumarciu uległy odcinki kreski przy obu końcach przeciętéj kiszki, skutkiem czego powstały ropnie i R. zmuszony był ranę skórną zupełnie otworzyć. Na szczęście otrzewna była już przyrośnięta; stan chorego wkrótce szybko się poprawił, powstała tylko obszerne *eczema* skóry na brzuchu od ciągłego wylewania się zawartości z kiszki czczéj. 29/X separowanie końców kiszki *extra cavum peritonei* i zeszycie, lecz wynik tylko połowiczy, natomiast utworzyła się potężna ostroga, uporczywie nieustępująca przed wszystkiemi środkami. 9/XII 1885 Riedel nanowo otworzył jamę brzuszną, odseparował końce kiszek, obciął po 6 cm. z każdéj, poczem przyszył *ileum* do *colon transversum* jedwabiem, wpuścił kiszkę do jamy brzusznéj, ranę w ścianie brzusznéj, zamknął, wprowadziwszy w oba końce rany po drenie. Chory przez długi czas miał tętno 120, może z powodu jodoformu, którym posypano kiszkę. 8 dnia stolec. Po 6 tyg. rana zagojona.

Przypadek 12. Sacré (Jacobs: *Carcinoma coeci; resectio; anus praeternaturalis; mors e peritonitide. Cancer du coecum; laparotomie; anus anormal; morte; observation recueillie et presentée a la societé anatomoptahologique de Bruxelles par Jacobs interne dc service. La Presse médicale belge* Nr. 31 str. 241 1887). 25 l. kobieta; początek podmiotowy choroby nagły, przed dwoma laty w postaci kolki bardzo gwałtownéj tak, że zmuszona była wstąpić do szpitala, gdzie po lawatywach oddała bardzo obfity stolec z ropą; po wyjściu ze szpitala ciągłe bóle w prawéj połowie brzucha i napady kolki z gorączką i dreszczami. D. 6/VI 1887 nanowo wstąpiła do szpitala; wtedy znaleziono stan ogólny dobry, otyłość, policzki różowe, nałogowe zaparcie stolca; ponad *spina ant. sup. dext.* guz twardy, podługowaty, gładki, sięgający na 2 palce poniżéj 11 żebra, bardzo ruchomy, bolesny przy macaniu; brzuch rozdęty, bulgotanie w kiszkach, wymioty żółciowe bardzo częste; tętno słabe, ciepłota prawidłowa; stan taki trwa aż do 21/VI, w którym to dniu zjawiły się wymioty kałowe. Rozpoznanie z początku nerki ruchoméj, potem uwięzienia wewnętrznego. 21/VI 1887 cięcie wzdłuż brzegu zewnętrznego m. prostego prawego; wnet wypadają kiszki rozdęte i zaczerwienione; ręka wsunięta w kierunku prawéj nerki nie znajduje nic osobliwego; a wtedy postanowiono wyciągnąć jelita, aby je kolejno zbadać, począwszy od dwunastnicy. Kiszka cienka ogromnie rozdęta, gruba zapadła i pusta; w rozdętem *coecum* wymacano wreszcie twardość w okolicy *valvula ileocoecalis;* nowotwór otacza światło kiszki i jest powodem zwężenia. Dla zmniejszenia rozdętych kiszek nakłuto je cienkim trójgrańcem, podwiązanie *mesocoeci*, wycięcie kiszki ślepéj wraz z częścią *colon asc.* i *ileum*, których końce przyszyto do brzegów rany brzusznéj. Wieczorem tegoż dnia chora zmarła.

Przypadek 13. Barton: *A report and the exhibited specimen of some cases of abdominal surgery.* (*Philad. Report May.* 12 p. 597 1888). 37 l. kobieta, cierpiąca na przewlekłe zaparcie; po otwarciu brzucha znaleziono zwężenie w okolicy zastawki Bauhina; po przecięciu kiszki uznane było przez wszystkich obecnych za zwężenie czysto bliznowatéj natury; światło zwężonéj części wynosiło $^1/_5$ cala w średnicy. Po rozszerzeniu chora przez pół roku miała się dobrze, lecz późniéj wróciły dawne dolegliwości. *Laparotomia*; *epithelioma*

valvulae ileocecalis; wycięcie trzech cali kiszki; ponieważ Barton uważał zeszycie za niebezpieczne, zrobił rzyć sztuczną, a jednocześnie nałożył *entorotom Dupuytrena;* wyzdrowienie

Przypadek 14. Koenig: *Die Operationen am Darm bei Geschwülsten mit besonderer Berücksichtigung der Darmresection. (Archiv f. klin. Chr.* 1890 T. 40 str. 905). 48-letni mężczyzna. Przypadłości brzuszne od roku; krew w wypróżnieniach; znaczne wychudnienie. W bliskości *spina ant. sup. dex.* guz w średnicy 5 cm. ruchomy, nierówno guziczkowaty. Cięcie na guzie z zewnątrz i od góry na dół i nawewnątrz; rak kiszki ślepéj; gruczoły chłonne zajęte; trudne oddzielenie kiszki cienkiéj zrosłéj z guzem. Wycięto 15 cm. kiszki. K. biodrowa silnie rozszerzona. Kreska nacieczona rakowato, wycięta. Oba końce kiszki wszyto w ranę zpowodu, że nie można ich było spoić szwem. 4 dnia śmierć ze zgorzeli k. grubéj obdartéj z kreski; zapalenie otrzewnéj; *phlegmone retro-peritoneale.*

15 i 16 stanowią moje dwa przypadki, które niżéj podaję *in extenso.*

Przypadak 17. Hhan E.: *Sarcoma parvi-globo cellulare valvulae ileocoecalis.* (*Ein Beitrag zur Colectomie und Mittheilung über zwei Fälle von Resection des Colon und Ileums, einer in der Ausdehnung von einem Meter. Heilung. Berl. klin. Woch.* 1887 Nr. 25 str. 446). 19 l. cukiernik. Od wielu tygodni brak łaknienia i zaburzenia w oddawaniu stolca. Osobnik dobrze odżywiany ma w *epigastrium* guz przesuwalny, przypominający nerkę, ale od niéj mniejszy i niedający się odprowadzić na właściwe miejsce. 12/VIII 1886 cięcie na zewnętrznym brzegu *m. sacrolumbalis dextri* od 12 żebra do *crista ilei*; wtedy okazało się, że prawa nerka znajduje się na swojm miejscu; po rozserzeniu rany i dodaniu cięcia dodatkowego poprzecznego udało się guz do rany wepchnąć i wtedy rozpoznano, że nowotwór wielkości jaja nierówny znajduje się w jamie kiszki ślepéj. Po rozcięciu otrzewnéj wydobyto z rany *coecum*, wyrostek robaczkowy, *ileum* i kilka gruczołów wielkości od pestki wiśniowéj do rozmiarów bobu. Podwiązanie i odcięcie przyrosłego do swego otoczenia wyrostka robaczkowego katgutem, wyciągnięcie guza wraz z *coecum* i *ilеum*, nałożenie rurek drenowych na nie, wycięcie kawałka kiszki między podwiązkami, zeszycie powierzchni surowiczych kiszki czczéj i kiszki grubéj wstępującéj. W kokoniec doprowadzadzający wprowadzono gruby cewnik, poczem oba końce kiszek przyszyto do skóry. Operacyja trwała $1^1/_2$ godziny. 13/VIII po zdjęciu rurek drenowych z kiszek żywy krwotok tętniczy. 15 wypróżnienie. 2/XII nałożono kleszcze kiszkowe *(Darmklemme).* W chwili ogłoszenia pracy jeszcze trwa rzyć sztuczna; a nadto podejrzane guziczki na *ileum.* Zresztą chory ma się wybornie.

Przypadek 18. Bouilly: *Tumeur maligne de la région iléo-cocale. Résection intéstinale Suture immediate. Gueriso- (Revue de Chir.* 1888 p. 697). 44 l. kob. od wielu lat cierpiąca na zaburzenia brzuszne, bóle i wymioty; napady boleści codzień w 4—5 godz. po jedzeniu. Guz wielkości pięści w dole biodrowym prawym, ruchomy. Znaczne wyniszczenie, wejrzenie suchotnicze, bez zmian w płucach. Laparotomija; cięcie w smudze; guz nieco przyrosły z łatwością daje się wyciągnąć na zewnątrz. *Resectio,* wycięcie klina z kreski, zawierające powiększone gruczołki chłonne; kaliber kiszek równy, ztąd dopasowanie łatwe, szew Lamberta-Czernyego jedwabiem. Cięcie w kresce nie zeszyte. Po operacyi przez kilka dni wymioty; 6 dnia stolec. W dolnym kącie powstała przetoka, która się sama zabliźniła po 15 dniach. Wyzdrowienie; po 7 miesiącach jeszcze nie ma recydywy. Choréj w szpitalu już przybyło 10 kilo. Wycięta część długości 16 cm. Cornil znalazł, że nowotwór był *Lymphosarcoma;* zwężenie przepuszczało zaledwie cienki cewnik.

Przypadek 19. Bassini: Sprawozdanie z VI zjazdu chirurgów włoskich. (Streszczenie w *Wiener Med. Presse* 1889. Nr. 21). U 23 l. męż. B. wyciął kiszkę ślepą i część kiszki biodrowéj zpowodu gruczolaka (*adenoma.*). Chory szybko wyzdrowiał.

b) Resectio cocci z powodu gruźlicy:

Przypadek 20. Durante: Sprawozdanie z VI Zjazdu chirurgów włoskich w Bolonii 1889. (Streszczenie z *Wiener Med. Presse* 1889 str. 879). 56 l. kobieta cierpiąca od czasu utraty miesiączki w 44 roku życia na kolkę kiszkową, boleści w czasie oddawania stolca i wymioty. Przypadłości te tak wzmogły się, że zmusiły chorą do szukania pomocy chirurgicznéj. W prawéj dolnéj połowie brzucha guz bardzo ruchomy, wielkości i formy cytryny, twardy, włóknistéj konsystencyi, nieregularnéj powierzchni. Rozpoznanie *Carcin. coeci.* Operacya bardzo ciężka z powodu zrostów z kiszkami i trudności oryjentowania się; udało się jednak wyciąć, a światło spoić szwem trzypiętrowym. Przebieg bez odczynu. 7 dnia pierwsze wypróżnienie, 10 chora wstała. Po przecięciu guza wzdłuż okazało się, że cala kiszka ślepa i wyrostek robaczkowy były zajęte; guz składał się z tkanki włóknistéj, z gruzelkami jagłowatemi we wszystkich okresach rozwoju.

Przypadek 21. B. Suchier (in Herrenalb)*: Beitrag zur operativen Behandlung der Coecumtumoren. Berl. klin. Woch.* 1889. str. 617. 32 l. mężczyzna ślifierz agatu, chory od roku, w ostatnich czasach zaczął szybko chudnąć i tracić siły. Przy badaniu znaleziono guz, zajmujący okolicę k. ślepéj; brak apetytu, odbijanie śmierdzącemi kałem gazami, w skąpych stolcach śluzokaszowata masa. Cięcie równoległe do więzu Pouparta zaginało się od *spina ant. sup.* łukowato w górę ku przedniemu końcowi 10 żebra. Część sieci wielkości ręki, usianą podejrzanemi guziczkami wycięto, poczem ujrzano guz zajmujący górny odcinek *coeci* i dolną część *coli adsc.*. Cały guz o ile można było wydobyto z jamy brzusznéj, poczem bliżéj obejrzano kiszkę, w któréj okazało się 12—16 zwyrodniałych gruczołów, aż do wielkości orzecha włoskiego, sięgających do kręgosłupa; gruczoły te zostały wyłuszczone *resp.* usunięte ostrą łyżeczką. Wtedy nożem odcięto, guz od ściany miednicy, a zacisnąwszy kiszkę powyżej i poniżéj guza w zdrowych częściach, ścianę jelita przecięto. Cięcie w kiszce ślepéj wypadło tuż powyżéj zastawki, tak że ta ostatnia wraz z wyrostkiem robaczkowym pozostały. Końce kiszki spojone zostały szwem Czernego. Toaleta, szew i przedrenowanie otrzewnej, a wreszcie szew ściany brzusznéj. Przebieg bez gorączki; silne bóle w ciągu pierwszych dwóch dób; 7 dnia pierwsze wypróżnienie. Po 17 dniach chory wstał z łóżka i dotychczas (1 rok 8 miesięcy po operacyi) jest zdrów zupełnie. Guz cylindryczny wynosi w średnicy 6 cm., na wysokość 10—12 cm.; cały wycięty kawałek kiszki ma na długość 20 cm. Badanie drobnowidowe dokonane przez prof. Zieglera wykazało zwężenie, spowodowane przez bujanie łączno tkankowe, w którem znaleziono gruzełki. Zgrubienie ściany kiszki zależało nadto od zrośnięcia z nią gruźliczo zwyrodnionych gruczołów limfatycznych i tkanki tłuszczowéj (sieć) Błona śluzowa części zwężonéj jest wprawdzie nacieczoną, lecz wolną od gruzełków. Gruźlica rozszerzyła się tylko w *submucosa* i w zewnętrznych błonach kiszki.

Przypadek 22. Czerny: (*Ueber die Chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberculose* (*Beitraege zur klin. Chir.* Tablica 6 stron 77). 54 letni mężczyzna Siostra zmarła z suchot. Od czterech lat bóle i rozwolnienie. Od czterech tygodni guz wielkości pięści, w okolicy lędźwiowéj prawéj, nierówny, twardy, bolesny, przesuwalny, zwłaszcza z boku na bok, przyczem słychać bulgotanie, przy opukiwaniu odgłos tympaniczny stłumiony. Charłactwo. Rozpoznanie z razu: rak kiszki. Cięcie równoległe do m. prostego i na jego brzegu zewnętrznym. Guz z wielkim trudem oddzielono od powięzi *ileopsoatis*, przyczem opróżnił się ropień okołokątniczy do jamy otrzewnéj. Guz zrosły był silnie z nerką, wątrobą i pęcherzykiem żółciowym tak, że dopiero po krwawem oddzieleniu udało się go wyciągnąć z rany brzusznéj na zewnątrz. Wycięto 9 cm. guzowatéj masy na długość. Spojono światła kiszek 30 szwami jedwabiem w 2 piętra, zaszyto dziurę w kresce. Ponieważ okazało się, że z tylną powierzchnią guza był zrośnięty moczowód, który został przecięty, wyłuszczono nerkę, poczem ranę brzuszną zaszyto. Na preparacie obszerne wrzody w k. ślepéj, bliznowato

ściągniętéj i skurczonéj; w tkance gruzełki. 3 dnia śmierć z ropnego zapalenia otrzewnéj, spowodowanego przez wydostanie się kału wskutek zgorzeli brzegów kiszki w linii szwu.

Przypadek 23. Czerny: *Tuberkulöse Geschwüre im Blinddarm durch Resektion des Darmes geheilt* (Tamże). 40 l. m. Od czasu do czasu zatwardzenie i boleści żołądkowe. Przed 2 laty rozlane opuchnięcie w okolicy k. ślepéj. Od roku ograniczony guz, zmienny co do wielkości. W dniu przyjęcia do kliniki na 3 palce ponad *spina ant. sup. dex.* i ku wewnątrz guz wielkości jaja, gładki, naprężony, elastyczny, przesuwalny z prawa na lewo na szerokość ręki, poruszający się synchronicznie z ruchami przepony; przy opukiwaniu daje odgłos stłumiony. Stan ogólny dobry; osobnik chudy. Rozpoznano niezłośliwy guz kiszki. Cięcie ponad guzem, który jak się okazało pochodził z kiszki ślepéj; wyciągnięto go z rany, wycięto, a nierówność świateł zrównoważono przez skośne przecięcie k. biodrowéj. Dwupiętrowy szew jedwabny. Wycięta część po stronie wypukłéj mierzy 8 cm. (2 *ileum* + 6 *coecum*). Ślepy worek kątnicy zarośnięty (*obliteratio*) przez skórczenie i zbliznowacenie; obszerne owrzodzenia z podminowanemi brzegami; zwężenie na wysokości zastawki Bauhina. Przebieg pomyślny; po 14 dniach pierwsze wypróżnienie. Rana zagoiła się *per primam.* Znaczny i skory przyrost na wadze.

Przypadek 24. Czerny: (Tamże) 34-letnia kobieta z rodziny suchotniczéj; w młodości obrzmienie gruczołów. Od 16 tygodni mdłości, bóle w brzuchu i pęcherzu; kolki, napady braku tchu i osłabienia; krew i białko w moczu; w czasie napadu brzuch rozdęty i bolesny. Guz kształtu i wielkości nerki, twardy, gładki, na prawo i ku dołowi od pępka, przesuwalny do wchodu do miednicy, aż do okolicy lędźwiowéj. Rozpoznano nerkę ruchomą. Przyszycie 1886 r. prawéj nerki. W 5 miesięcy potem chora wraca z dawnemi przypadłościami. *Incisio explorativa.* Cięcie na brzegu zewn. *m. recti dextr.* Guz okazuje się jako zmieniona k. ślepa. Wyciągnięto go na zewnątrz z rany Wycięto 17 cm. kiszki (3 *ilei* + 14 *coeci* i *coli adsc.*) oraz kreskę. Zeszycie świateł kiszki szwem dwu-piętrowym jedwabnym, dziurę w kresce zaszyto, operacya trwała $2^1/_4$ godziny. Zwężenie na miejscu zastawki Bauhina; obszerne zmiany bliznowate gruźliczej natury. Przebieg pomyślny. Najwyższa ciepłota 39°. Chora wstała w cztery tygodnie po operacyi. Chorą widział Czerny w trzy lata po operacyi w dobrym stanie; miewa dziennie 2—3 wypróżnienień wolnych. Czerny zwraca uwagę na omyłkę rozpoznawczą, popadł w nią wskutek uderzającego podobieństwa guza do nerki oraz krwi i białka w moczu. Podobny błąd zdarzył mu się poprzednio w 2 innych przypadkach.

Przypadek 25 i 26. Gussenbauer-Fink: *Ueber 2 Fälle von Resection des Ceocum wegen Tuberkulose. Enterorrhaphie-Heilung. (Prag. med. Woch.* 1890. Nr. 9. (Streszczenie w *Centr. f. Chir.* 1890 str. 549). 34 l. męż. od roku posiadający guz w dole biodrowym prawym, uważany za raka. Wycięcie kiszki, pod drobnowidzem znaleziono; naciekczenie zapalne w błonie podśluzowéj liczne gruczołki jagłowate w *m. muscularis*, a nadto, takież gruzełki z komórkami olbrzymiemi w sąsiedniéj tkance łącznéj. Chory wyzdrowiał i jeszcze w 5 miesięcy po operacyi był zdrowym.

27 l. męż. również posiadający guz w okolicy biodrowokątniczéj, a nadto naciekczenie w lewym szczycie płucnym, oraz powiększenie gruczołów chłonnych pod lewą pachą; przedtem operowany z powodu przetoki w rzyci; na téj postawie: gruźlica kiszki ślepéj, które to rozpoznanie potwierdziło badanie drobnowidowe części wyciętéj. Wyzdrowienie w ciągu 3 tygodni.

c) *Resectio cocci* z powodu zwężenia bliznowatego:

Przypadek 27. *Strictura cicatricialis valvulae ileo coccalis; enterotomiae; sanatio; annum postea exstirpatio cocci; enterorrhaphia; sanatio.* Maydl: (*Beitraege zur Darmchirurgie. Allgem. Wiener medic. Zeitung.* 1885 Nr. 41, 42 i 43). 24 l. szwaczka; w 1882 r. cierpiała na częste rozwolnienie naprzemian z zatwardzeniem, do których późniéj przyłączyły się kolki i wymioty po jedzeniu. Silne wychudnięcie bez charłactwa; brzuch bardzo rozdęty, przy macaniu wyraźne ruchy robaczkowe. Przy badaniu choréj ustawianéj na łokciach i kolanach wyczuwa się między łukiem żebrowym prawwym i grzebieniem biodrowym guz wielkości pięści nieco przesuwalny, podługowaty, nierówny, twardy, leżący poniżéj nerki, rozpoznano zwężenie niewiadoméj natury; pomimo środków przeczyszczających skąpe wypróżnienie, kolki itd. 31/I 1884 przystąpił Maydl do operacyi; cięcie *in l. ax. ant.*; po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono guz pokrywający dolne $^2/_3$ nerki, od któréj nie można go odciągnąć, chociaż ślizga się po niéj nieco z góry na dół: w *mesenterium* kilka guziczków, uważanych za gruczołki chłonne. W tym stanie rzeczy M. wybrał pętlicę kiszki cienkiéj niedaleko od kiszki ślepéj i przyszył ją do brzegów rany w otrzewnéj ściennéj, poczem otworzył ją termokauterem, a brzegi otworu przyszył w kiszce do skóry; resztę rany brzusznéj zaszył. Przebieg bez gorączki; wypróżnienie kolosalne, a w niem setki pestek z winogron, których chora nie jadła od roku. 9/II rana się zagoiła; 25/II po rozszerzeniu gąbką rany, wprowadziwszy palec do kiszki stwierdził M. zwężenie przepuszczające zaledwie 16 N· cewnika. Chora zpowodu ogromnéj poprawy długi czas nie mogła się zdecydować na operacyją radykalną; przez cały rok stan choréj się niepogorszył, tak że można było wykluczyć nowotwór. D. 7/III 1885 przystąpił wreszcie Maydl do operacyi; po otwarciu brzucha i oddzieleniu kiszki od ściany brzusznéj, zamknął przetokę w jelicie przez podwiązanie, poczem przekonał się, że istnieje zwężenie i guz na przejściu *ilei* w *ceocum*; kiszka cienka odprowadzająca w dwójnasób rozszerzona i zgrubiała, gruba zdprowadzająca zanikła. Zaciśnięcie powyżéj i poniżéj guza świateł kiszek w palcach, wycięcie chorego odcinka, podwiązanie kilku grubszych naczyń; gdy jeszcze światło kiszki cienkiéj okazało się większem od światła *coli adsc.* wycięto 7 cm. pierwszéj wraz z przetoką; poczem brak w kresce powstały po wycięciu zakryto przez zeszycie obu listków, wreszcie szew kiszkowy w ten sposób: na przestrzeni tylnéj połowy obwodu mających być zeszytemi kiszek szew *serosa* i *muscularis* wiązany na zewnątrz; nad tem szew na same błony śluzowe; teraz szew na błony śluzowe przednich połów obwodu; oraz drugie piętro zajmujące tylko *serosa* i *muscularis*; nakoniec trzecie piętro szwów bardzo gęsto nałożonych z najcieńszego jedwabiu na same błony surowicze. Ranę w ścianie brzusznéj zaszyto częściowo; w pozostały otwór gazę jodoformową. Badanie preparatu wykazało, że przyczyną zwężenia było zwyrodnienie bliznowate kiszki. Przebieg: przez kilka dni ciepłota od 37·5 do 38·5, tętno do 140, wymioty, 4 dnia obfite wypróżnienie, wyjęto gazę z jamy brzusznéj. 4/IV chora wyszła zdrowa.

Przypadek 28. Maydl: *Strictura cicatricialis valvulae ileocoecalis*; *resectio*; *enterorraphia. sanatio. (Ueber einen zweiten Fall von narbiger Strictur der Ileocoecalklappe durch cirkuläre Darmresection und Naht geheilt. Allgem. Wiener medic. Zeitung.* 1887. Nr. 17). 23 l. chory słabo zbudowany i miernie odżywiany, przed 7 laty chorował obłożnie i z gorączką dochodzącą do 40° prawdopodobnie na ropne zapalenie na około kiszki ślepéj; od téj pory przez 5 lat przewlekłe zaparcie stolca; przed dwoma laty przypadłości te uspokoiły się aż znowu przed 9 tygodniami wystąpiły nanowo i z większem natężeniem; silne kolki, wzdęcie brzucha, bóle w dole biodrowym prawym, występowały po każdem jedzeniu, Maydl między łukiem żebrowym i *spina ant. sup. dex.* odnalazł guz wielkości pięści, twardy, guziczkowaty, nieco przesuwalny. Rozpoznanie: rak kiszki ślepéj, lub wstępującéj w staréj bliznie. 13/III 1887 operacyja; z początku trudno było się zoryjentować wpowikłanéj massie odziedzy, kiszki, cienkiéj i grubéj; guz wycięto, a końce kiszek połączono trzypiętrowym szwem; poczem ranę brzucha zaszyto. Przebieg wyborny, zupełnie bezgorączkowy; trzeciego dnia wypróżnienie w trzy tygodnie chory wyszedł zdrów, z przybytkiem

14 funtów na wadze; od téj pory kiszka odbywa swe czynności jaknajprawidłowiéj.

Przypadek 29. Trombetta: (Sprawozdanie z VII Zjazdu chirur. włoskich. Wyciął kiszkę ślepą wraz z częścią *coli adsc.* z powodu guza zależnego od *typhlitis et perityphlitis* z małemi rozrzuconemi ropniami. *Anus praeternat.* Chory zmarł 16 dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj, powstałego skutkiem pęknięcia kiszki.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z zakładu fizyjologicznego Uniw. Jag. w Krakowie.

Sposoby wywołania analgezyi ogólnéj drażnieniem krtani i jéj okolicy podług Brown-Séquarda.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent przy katedrze medycyny sądowéj Uniw. Jagiell.

W październiku roku zeszłego ogłosił Brown Séquard w *Archives de Physiologie* (T. III. Nr. 4) wyniki trzech swych prac doświadczalnych [1]), które żywe mogły obudzić zainteresowanie.

Znaczna doniosłość odkrycia sędziwego autora dla ogółu ludzkości, w szczególności zaś dla nauk lekarskich, gdyby wyniki te okazały się istotnemi, zniewoliły mnie do przeprowadzenia szeregu doświadczeń na zwierzętach w tym kierunku. Zachęcony głównie przez czcigodnego prof. Dra Cybulskiego i korzystając z łaskawie zawsze udzielanych mi rad i czynnéj pomocy wśród pracy z Jego strony, uważam za stosowne na tem miejscu złożyć Mu szczere podziękowanie.

Nim przedstawię doświadczenia moje i wnioski z nich wypływające, streszczę pokrótce wywody prac Brown-Séquarda.

W pierwszéj pracy ([1]*a*) udowadnia B. S. że przekonanie gorąco dotąd popierane przez Klaudyusza Bernarda, jakoby środki lecznicze wywoływały w ustroju zmiany ogólne tylko przez zadziałanie drogą krwi na ośrodki nerwowe, nie jest słusznem, bo środki jak bezwodnik kwasu węglowego, chloroform, kokaina itd. mogą wywołać podobne zmiany ogólne przez zadrażnienie obwodowe, wcale do krwi nie wnikając, tem samem wcale nie działając na ośrodki nerwowe. Przekonał się bowiem, że bezwodnik kwasu węglowego wprowadzany przez jamę ust silnym prądem do krtani zwierząt, oddychających swobodnie przez kaniulę tchawiczną, jest w stanie zależnie od ilości wprowadzonéj do krtani (mimo, iż CO_2 nie może wniknąć do płuc, bo rurka tchawiczna stanowi mu zaporę) wywołać krócéj lub dłużej trwającą analgezyję. Analgezyja ta jest czasami tak zupełną, że można swobodnie zadawać zwierzęciu rany, można drażnić nerwy czuciowe prądem przerywanym, nawet mechanicznie a wreszcie i przecinać te nerwy bez wywołania u zwierzęcia danego jakichkolwiek objawów bolu. Analgezyja ta zupełna trwała przez czas różnéj długości i tak u małp znacznie dłużéj niż u psów, bo nawet dni kilka, a miała być tak zupełną, że nie ograniczała się tylko na powierzchnię ciała, lecz i na pnie nerwów czulnych leżące w głębi ustroju. Mimo téj analgezyi sfera zmysłowa jak i sfera inteligencyi u zwierząt tych miała być zupełnie i dokładnie utrzymaną; zwierzęta te bowiem widziały, słyszały, miały prawidłową siłę mięśniową, czucie dotyku nawet smaku, bo n. p. małpa w stanie analgezyi krzywiła się mocno i spluwała po podaniu jéj kolocyntyd.

W drugiéj pracy ([1]*b*) zaznacza B. S., że analgezyja ogólna może być wywołaną także innemi wpływami działającemi na błonę śluzową krtani, krtań, nerwy krtaniowe górne, tchawicę a nawet skórę szyi a mianowicie drażnieniem mechanicznem, chemicznem i elektrycznem. I tak cięcie podłużne zadane tchawicy wywoływało analgezyję. CO_2 wprowadzony w mięszaninie z tlenem lub powietrzem sprawiał analgezyję mniéj znaczną i krócéj trwałą; natomiast zadrażnienie mechaniczne uskutecznione sondą lub wprowadzeniem rurki tchawicznéj do otworu tracheotomijnego i t. d. a następnie wprowadzenie strumienia CO_2 do krtani wywoływały tak silną analgezyję, że nawet rany przypalaniem bez objawów bólu można było zadawać. Pary chloroformowe wprowadzane do krtani w sposób taki, by do płuc a więc i do krwi wniknąć nie mogły, wreszcie injekcyje kokainy pod błonę śluzową krtani lub na błonę śluzową tejże, miały tenże sam efekt. Wodnik chloralu okazał się tylko nieobojętnym i pociągnął we wszystkich przypadkach gdzie był stosowany, rychłą śmierć zwierzęcia. Analgezyja ogólna w jakikolwiek sposób była wywołaną, była następstwem odruchowego działania nerwów krtaniowych górnych albowiem doświadczenia dowodnie wykazały, że po stronie téj, po któréj przed użyciem bodźca analgezyję wywołującego, nerw krtaniowy górny przecięto, analgezyja nie występowała po zastosowaniu jednego z podanych bodźców, była natomiast wybitną po stronie utrzymanego nerwu.

W trzeciem swym doniesieniu ([1]*c*) podaje B. S. okreslenie wyrażenia „*l'inhibition*" (zatamowanie). Na zatamowanie to składają się trzy czynniki: 1) zadrażnienie jednego z punktów układu nerwowego, 2) przeniesienie tego podrażnienia na części środkowe tegoż układu, 3) znikanie mniéj lub więcéj szybkie téj własności. Przeniesienie się tego podrażnienia na ośrodki nerwowe odbywa się drogą nerwów krtaniowych górnych, jak to doświadczenia z przecinaniem jednostronnem nerwów tych i następowym ujemnym wynikiem analgezyi po tejże stronie dowodzą. Czas trwania analgezyi téj był różnym, i tak u psa wahał się między jedną a dwiema godzinami, u małpy nierównie dłużéj. Rany, zadane klatce piersiowéj, znacznie prędzéj stają się analgetycznemi i znacznie dłużéj stan ten zatrzymują niż rany brzucha. Rany skóry szyi, zwłaszcza części przedniéj szyi zadane, różnią się zasadniczo od ran zadanych innym częściom ciała, po pierwsze tem, że mogą się stać same przez się analgetycznemi; powtóre, że zwłaszcza u psów same jako takie, bez poprzedniego drażnienia krtani, są w stanie wywołać w różnych okolicach ciała analgezyję. W tych ostatnich przypadkach drażnienie tchawicy potęguje i utrwala już przez rany skórne szyi sprowadzoną analgezyję. Stopień analgezyi u psa i małpy jest różnym, mianowicie u psa bywa analgezyja słabszą i trwa krótko, gdy u małpy choćby nawet w dniu dokonanego podrażnienia krtani po krótkiem trwaniu ustąpiła, wraca nazajutrz w zu-

[1]) *a*) Recherches sur l'intribition de la sensib. aux causes de douleur s. l'infl. d'une irrit. de la muqueuse laryngée par de l'acide carbonique.

b) Rech. sur la production d'une analg. générale par des irrit. traumat. ou mécanique de la peau du cou, de la trachée ou du larynx.

c) Sur une inhibition dont les chirurgiens pourraient tirer profit si elle se produit chez l'homme comme chez le chien et le singe.

pelności i trwać może przez 7 do 14 dni lub nawet jeszcze dłużéj.

Z trzech tych prac Brown-Séquarda, gdyby one w istocie fakty realne przedstawiały, wyniknęłyby pierwszorzędne korzyści nietylko dla teoretycznéj medycyny, mianowicie fizyjologii, lecz także, i to głównie, dla chirurgii; wreszcie zdawało mi się, że i w medycynie sądowéj na sprawę nagłéj utraty przytomności w przypadkach śmierci z uduszenia gwałtownego, pewne światło byłyby w stanie rzucić.

Sam autor prac powyższych wspomina na wstępie trzeciéj rozprawki, że chirurgowie mogliby odnieść poważne korzyści, gdyby się im udało podobnie jak jemu na psach i małpach, i u człowieka wywołać analgezyję w powyższy sposób.

Jednakże już sam w ciągu powyższéj pracy nadmienia, że rany u zwierząt, któremi w doświadczeniach swych się posługiwał, są mniéj tkliwe i bolesne niż rany u człowieka. Pominąwszy niemożność porównania, o ile w istocie rany u zwierząt tych są mniéj na ból tkliwe, niż u człowieka, wyraża to zdanie autora pewną wątpliwość, czyby u człowieka analgezyję taką w powyższy sposób można było wywołać. Przyznać należy, iż gdyby łatwość taka wywoływania analgezyi ogólnéj była możliwą, stanęłaby chirurgija prawie u kresu swych marzeń; cały arsenał niebezpiecznych środków odurzających i znieczulających odpadły bezpowrotnie a nadto stan chorego przykry i dotkliwy w dniach pierwszych po każdym zabiegu stałby się dlań zupełnie obojętnym, boć przecież analgezyję raz wywołaną możnaby dowolnie aż do czasu zupełnego wygojenia się ran przedłużyć.

Równocześnie i dla fizyjologii byłyby wyniki doświadczeń Brown-Séquarda nieposledniego znaczenia. Działanie tamujące nerwów i ośrodków nerwowych na stan czynny ośrodków lub nerwów innych zyskałaby nowy dowód, nie dający się zaprzeczyć. Praca Brown Séquarda zdawała mi się przedstawiać wartość pewną i dla medycyny sądowéj.

Wiadomem jest, że w przypadkach duszenia gwałtownego czy to przez powieszenie, czy zagardlenie (*strangulatio*), czy zadławienie, następuje bardzo szybko utrata przytomności, gdy przeciwnie w przypadkach zasypania n. p. ziemią, lub jeszcze wybitniéj w przypadkach tonięcia, mimo iż i tu śmierć następuje wskutek utrudnionego dopływu powietrza, przytomność stosunkowo długo pozostaje utrzymaną. Hofmann tłómaczy szybką utratę przytomności u wieszanych, zagardlonych lub dławionych (mniéj) nagłem uciśnięciem tętnic dogłowowych, w następstwie którego ulega dopływ krwi do mózgu nagłéj przerwie; ostra zaś niedokrewność mózgu w ten sposób wywołana, ujawnia się szybką utratą przytomności. Jakkolwiek chirurgija zna przypadki obustronnego podwiązania tętnic dogłowowych bez utraty przytomności operowanego, z powodu że przez tętnice kręgowe wytwarza się krążenie uboczne, to jednak w przypadkach powieszenia lub zagardlania nagłe i równoczesne zaciśnięcie obu tętnic z jednéj strony, a żył szyjnych z drugiéj, wreszcie prędkie ustanie oddychania, są zdaniem Hofmanna poważnym powodem utrudniającym wytworzenie się krwiobiegu zastępczego przez tętnice kręgowe. Zdanie swoje poparł doświadczeniami na trupach wykonanemi. Mimo to jednak już sam wzmiankę czyni[1]), że i ucisk nerwu błędnego, leżącego w torebce wspólnéj z tętnicami dogłowowemi i żyłami, obojętnym być się nie zdaje. Wszakżeż już Waller używał ucisku na nerw błędny wywieranego w celu znieczulenia i sam zeznaje, że ci, na których doświadczenia te wykonywał, padali bezprzytomni po lekkim ucisku[1]). A znane są przeciez pod tym względem także doświadczenia innych, n. p. prof. Czermaka na samym sobie, Tannhofera w Peszcie[2]) na jednym z uczniów, wreszcie Quinckego i Wasilewskiego, tego ostatniego z kliniki lek. prof. Korczyńskiego[3]). Już zatem i te doświadczenia przekonywają, że nie tyle może nagła przerwa dopływu krwi do mózgu, ile raczéj zadrażnienie nerwów czuciowych, w jakie cała szyja, a zwłaszcza okolica krtani obfituje, jest powodem nagłéj utraty przytomności. Nerwy czulne szyi, a zwłaszcza okolicy krtani cechują się niezwykłą pobudliwością. Proste doświadczenie, jakie na samym sobie z łatwością wykonać można, pouczyć jest w stanie o téj szczególnéj pobudliwości, jeśli się uciśnie dwoma palcami choćby lekko krtań, wowczas długo jeszcze po ustaniu tego ucisku wrażenie jego się odczuwa.

Przypuszczałem tedy, że jeżli nerwy krtaniowe górne wskutek podrażnień czy to mechanicznych, czy chemicznych, czy wreszcie elektrodynamicznych są w stanie wywołać analgezyję, to być może, że silniéjsze co do stopnia zadrażnienie ich, jakie musi istnieć przy wieszaniu lub zagardleniu, będzie w stanie wpłynąć również dosadnie na utratę przytomności.

Nim jednak miałem zdążyć do mego odleglejszego celu wpierw należało się przekonać o istotnéj wartości i prawdzie doświadczeń Brown-Séquarda.

Już w samym zaczątku mych doświadczeń, napotkałem na poważną trudności niemylnego przekonania się, że zwierzę wprawione w stan analgezyi, nie odczuwa ran zadawanych i innych wpływów drażniących nerwy czuciowe.

Zwierzę zdolne do wydawania głosu, jeżli mu się wykona tracheotomiję, głosu jako dowodu czucia bólu wydawać nie może; zrywać się zaś nie może, jeżli mocno jest do stołu przymocowane. Szereg mych doświadczeń rozpocząłem od żab. Kilka z nich, aby dokładności zadość uczynić, podaję poniżéj.

1) Dnia 21/XI 1891 r., $^{1}/_{2}$12 rano. Żaba z wyciętemi półkulami mózgu jak do badania odruchów. Odruchy badane sposobem Türcka za pomocą roztworu kw. siarkowego występowały po 16, potem 13, potem 9 uderzeniach metronomu nastawionego na 120 uderzeń na minutę. Zadrażniono krtań izolowanemi elektrodami, przewodzącemi prąd przerywany z przyrządu saneczkowego du Bois Reymonda, przy odległości cewki ruchoméj od stałéj równającéj się 14 ctm.; odruchy wobec roztworu kw. siark. po uderzeniach 26, potem 80, 110 tegoż metronomu; wreszcie kwas ich nie wywołuje, natomiast zjawiają się one pod wpływem ugniecenia palca żaby.

2) 24/XI, 7 wieczór. Żaba bez półkul mózgu. Odruchy za pomocą kw. siark. po 13 uderzeniach metronomu. Drażnienie mechaniczne zgłębnikiem wnętrza krtani trwające $^{1}/_{2}$ minuty, odruchy w kwasie po 15 uderzeniach. Drażnienie przyrządem saneczkowym przy odległości cewek o 7 ctm. przez 2 minuty, brak odruchów na kwas, na szczypanie i na słabe przyżeganie.

W dwóch tych doświadczeniach wstępnych badałem zachowanie się odruchów, sądząc, że gdyby w istocie zwierzę podrażnienia nie odczuwało, odruchy także musiałyby uledz jakiejś zmianie. Tu wspomnieć tylko muszę, że

[1]) Hofmann. *Lehrbuch der gerichtl. Medizin.* 1891.

[1]) *Prager Vierteljschr.* 1871. — [2]) *Med. Centralblatt.* 1875. — [3]) *Virchows Jahrb.* 1875, II. 88 i 1876, I. 234.

badanie odruchów sposobem Türcka, t. j. przez zanurzanie zwierzęcia do rozczynu kwasu siarkowego ma tę niedogodność, że przez wielokrotne to zanurzanie żaby do rozczynu kwasu, to znów w celu opłukania do wody, rozczyn kwasu się osłabia; wreszcie przez dłuższe wykonywanie prób tych, ośrodki nerwowe do podniety téj t. j. kwasu mogą się przyzwyczaić i ztąd może nastąpić brak odruchów. Wreszcie po dłuższem doświadczeniu zwierzę już i tak wycięciem półkul mózgowych i utratą krwi wycieńczone, słabnie i na bodźce tak jak z początku doświadczenia nie oddziaływa.

(Dokończenie nastąpi).

III. Wzmianka o wyniku bakteryjologicznego badania moczu w przypadku podejrzanego duru brzusznego.

Podał

Doc. Dr. Stanisław Ponikło,

c. k. lekarz powiatowy.

Że z moczu chorych na dur brzuszny można często wyhodować z łatwością prątki durowe w czystości, jest rzeczą dobrze znaną (Pfeiffer, Fraenkel, Simmonds, Seitz, Hueppe, Merkel, Vilchour, Lepidi-Chioti itd.). Mimo to wyjątkowo tylko posługiwano się bakteryjologicznem badaniem moczu w celu rozpoznawczym.

Z końcem lutego b. r. przyjęto do szpitala św. Łazarza na oddział prof. Pareńskiego chorego F., lat 35, z powodu zatrucia rozcieńczonym kwasem siarkowym (wypił około 50·00). Po upływie 3 dni, skutkiem rychłego zastosowania środków leczniczych, przypady zatrucia ustąpiły i chory miał opuścić szpital, gdy niespodziewanie doznał dreszczu, począł gorączkować i oczywiście w szpitalu pozostał. Rozpoznano tyfus brzuszny (którym zaraził się naturalnie przed zatruciem kwasem siarkowym). Po 14 dniach choroby postanowiłem zbadać mocz chorego bakteryjologicznie. W tym celu oddał chory (po uprzedniem obmyciu prącia rozczynem sublimatu i wodą sterylizowaną) kilkanaście ctm. sześć. moczu do rurek odczynnikowych starannie wyjałowionych. Bezpośrednio zaszczepiono tym moczem zwykłym sposobem 3 rurki sterylizowanéj żelatyny peptonowo bulijonowéj, tworząc 3 rozcieńczenia, wylano do szalek Petriego i pozostawiono w ciepłocie pokojowéj o 15—16° C. w komorze wilgotnéj.

1) Po 48 godzinach rozmnożyły się we wszystkich 3 szalkach hodowle tylko jednego gatunku: okrągłe lub nieco podłużne, płaskie, o brzegach tu i owdzie falistych, szarawo-białe, żelatyny nie rozpuszczające; badane mikroskopowo pod małem powiększeniem przedstawiały się jako żółtawe płytki, ku obwodowi przejrzyste, niektóre nieregularnie bruzdkowane, drobniutko ziarniste.

2) Cząstka hodowli w wiszącéj kropli wody sterylizowanéj badana, okazała prątki małe, dosyć smukłe, o końcach nieco zaokrąglonych, pojedynczo rozmieszczone tu i ówdzie po 2—3 razem, wykonywujące żywe ruchy. Preparaty szkiełkowe barwiły się trudno zwykłemi barwikami anilinowemi, okazując rozmiary i postać prątków zupełnie odpowiadającą prątkowi durowemu.

3) Hodowla zaszczepiona przez ukłucie w żelatynie rozwinęła się po 48 godzinach wzdłuż całéj linii ukłucia jako drobnoziarnista niteczka, na powierzchni zaś jako mała, cienka płytka o brzegach falistych, szarawo białawéj barwy, żelatyny nie rozpuszczająca.

4) Na ukośnie skrzepłym agarze (w termostacie przy 37° C.) powstał nalot białawy wzdłuż całéj linii, po której posunięto drut platynowy.

5) Na krążku ziemniaczanym w szalce Esmarcha (w termostacie) wystąpił znany odczyn właściwy prątkowi durowemu: oprócz niejakiego zwilgotnienia, powierzchnia ziemniaka była jakby zupełnie niezmieniona: a cząsteczka z powierzchni za pomocą igły platynowéj wzięta, okazała tak w wiszącéj kropli jak na szkiełkach barwionych cechy prątka durowego (prątki z hodowli ziemnaczanéj były nieco większe niż z płyt żelatynowych i okazywały w preparatach barwionych bardzo wyraźnie opisywane wielokrotnie punkty jasne na końcach prątków, barw anilinowych nie przyjmujące). Dodać winienem, że hodowla ziemniaczana po 4—5 dniach wejrzenia nie zmieniła i okazywała jedynie oznaki zwykłego stopniowego zasychania.

Wynik ten badania bakteryjologicznego wykazał: 1) że mocz zawierał tylko drobnoustroje jednego jedynego gatunku; 2) że drobnoustroje te, przy wszystkich przedsięwziętych sposobach badania, okazały się postacią, zachowaniem się względem barwików, rodzajem hodowli na różnych pożywkach (ziemniaki!) jako identyczne z prątkami, które za właściwe durowi brzusznemu uważamy; 3) czas potrzebny do przeprowadzenia badania wynosił dni 4.

Wszystkie hodowle okazałem w swojéj pracowni prywatnéj kilku kolegom.

Wstrzymuję się od wszelkiego teoretyzowania, gdyż uważałem za stosowne podać powyższy wynik badania bakteryjologicznego tylko celem zachęcenia do dalszych spostrzeżeń w tym kierunku i przekonania się, czyby badanie bakteryjologiczne moczu nie okazało się praktycznym środkiem rozpoznawczym w durze brzusznym, którego mniéj typowe formy niezaprzeczenie nastręczają częstokroć niemałe trudności w rozpoznaniu.

Chory zmarł po 6-tygodniowéj chorobie ostatecznie skutkiem posoczniczy po odleżynach rozległych. Sekcyja wykazała oznaki posocznicy skutkiem odleżyn, pozostałości po opadowem zapaleniu płuc, ostry obrzęk śledziony, fragmentacyję mięsnia sercowego, obrzęki gruczołów odosobnionych i kępek Peyera, tudzież obrzmienie przyostre gruczołów kreskowych, nadto bliznę w okolicy odźwiernika (po zatruciu kwasem siarkowym), jednak blizn po wrzodach durowych nie stwierdzono. Wynik ten sekcyi ani nie potwierdza stanowczo, ani nie wyklucza przebycia duru brzusznego. Badania bakteryjologicznego *post mortem* nie było.[1])

IV Oceny i sprawozdania.

Dr. Zahoř: Výroční zprava městskeho fysikátu města Prahy. 1888 i 89.

Nadzwyczaj szczegółowe i obszerne sprawozdanie podaje nam Dr. Zahoř ze stosunków zdrowotnych Pragi i tylko

[1]) Do przedsięwzięcia badania bakteryjologicznego moczu w przypadku tym zachęciła mnie demonstracyja hodowli z moczu chorego na dur, okazanych mi przed 3 miesiącami przez kol. Gawlikowskiego, asystenta przy zakładzie anatomii patologicznéj. Kol. Gawlikowski również wyhodował tylko jeden gatunek drobnoustrojów z moczu tyfusowego na płytach i badanie w wiszącéj kropli, w preparatach barwionych itd., oprócz hodowli na ziemniakach, która nie była zupełnie charakterystyczną, odpowiadało prątkowi durowemu. O tem spostrzeżeniu kol. Gawlikowskiego dawniéj uczynionem z naciskiem tutaj wspominam.

względ na brak miejsca w Przegl. Lek. powstrzymuje mię od przytoczenia z téj czeskiéj pracy wielu pouczających danych, mających i dla nas swoje znaczenie.

Materyjał b. bogaty został umiejętnie zestawiony w 697 str. i dodanych tablicach i niemały przynosi zaszczyt urzędowi zdrowia miasta Pragi.

W r. 1888 dość silnie grasowała ospa w Pradze, a ciekawym będzie i dla nas fakt, że na 414 osób zmarłych na ospę było szczepionych 43 (10%), nieszczepionych 317 (76%) i z niewiadomym rezultatem 54. Nadzwyczaj starannie i wzorowo są ułożone graficzne tablice śmiertelności i chorobliwości z pojedynczych chorób tak, że w jednéj chwili możemy się zoryjentować w zestawionym skrzętnie materyjale. Na planie zaś Pragi stosownie do nasilenia w rozmaitych częściach miasta wykreślona została i *morbilitas* i *mortalitas* chorób zakaźnych, dla każdéj z chorób osobno. Służbę zdrowia w Pradze pełniło 328 lekarzy, z tego 155 opłacał rząd, a 28 urzędy autonomiczne. Praga (179463 mieszk.) oprócz głównego fizyka i jego pomocnika miała jeszcze lekarzy obwodowych 14 czyli 1 lekarz wypada na 12.900 mieszkańców, gdy tymczasem Kraków posiada ich zaledwie trzech.

Nadzwyczaj małą wydaje mi się cyfra dzieci szczepionych bezpłatnie, bo zaledwio 3308 na 6800 urodzonych w jednym roku, a rewokcynowonych tylko 399; odsetek zaś przyjęcia wynosił 64.

Z ważnych czynności lekarzy obwodowych nadmienić wypada badanie zdrowotnych stosunków w mieszkaniach (przejrzano ich w jednym roku 2425) w fabykach, pracowniach rzemieślniczych i pod tym względem starano się usunąć złe przez stosowne rozporządzenie. Nawet taka kwestyja jak wychodki szczegółowo jest w sprawozdaniu omawiana, a dowiadujemy się z niego, że Praga posiada 21 publicznych czysto i wygodnie urządzonych wychodków, przy których są stałe posługaczki obowiązane stosować się do wydanéj instrukcyi i ściśle jej przestrzegać. Osób korzystało z téj wygody 415 tysięcy. Jakżeż odmienne są u nas w podobnych lokalach stosunki i jakiż niemożliwy smród i brud panuje w ustępach krakowskich pod światłym dozorem władz sanitarnych i autonomicznych.

Dalsza część sprawozdania zawiera jeszcze wiele ciekawych szczegółów, tyczących się szkół, więzień, szpitali i cmentarzy, ale i najkrótszy wyciąg z tego przechodziłby zakres małéj wzmianki, którą ze względu na wysoką wartość tego sprawozdania pozwoliłem sobie uczynić.

Dr. J. Surzycki.

Patologija.

Prof. A. Reverdin (Genewa): **O przeszczepianiu skóry żabiej na powierzchnie ran u ludzi.**

Tak zwana zooplastyka coraz częstsze znajduje zastosowanie z dodatniemi wynikami. W ciągu ostatnich lat sześciu wielu chirurgów, przeważnie francuskich i angielskich (Baratoux, Grange, Orcel, Ranking, Rédard, Dubousquet-Laborderie, Miles, Von Meler i in.) czyniło próby w tym kierunku, używając do doświadczeń rozmaitych zwierząt, nietylko ssawców (psy, koty), lecz i ptaków (kury) a nawet żab. Tego ostatniego rodzaju przeszczepienie zastosował autor z zupełnem powodzeniem w jednym przypadku u młodéj dziewczyny, u któréj wskutek długiego używania wezykatoryj i zanieczyszczenia skóry powstały obszerne owrzodzenia na przedniej powierzchni klatki piersiowej. Po oczyszczeniu pod odpowiednim opatrunkiem powierzchni wrzodów, kiedy ukazała się zdrowa ziarnina, przystąpił on do transplantacyi: część owrzodzenia pokrył płatkami skóry, wziętąmi z przedramienia matki choréj, drugą zaś część płatami wielkości $\frac{1}{2}$—1 ctm. kwadratowego skóry z brzucha kilku żab, bacząc na to, aby każdy taki płatek umieszczony był na jaknajżywszéj ziarninie. Na trzeci dzień przy zmianie opatrunku wydzielina ropna była dość znaczna, płatki jednakże trzymały się dokładnie. Dziesiątego dnia po operacyi obydwie powierzchnie wrzodów były zupełnie zaciągnięte jednostajną, dość mocną warstewką skóry. Po upływie dłuższego czasu widział autor pacyentkę: w miejscach tych skóra zupełnie dobrze się przedstawia, nieco ciemniej zabarwiona, lecz daje się przesuwać ponad mięśniami zupełnie, jak normalna. Porównywając wynik ten z rezultatami przeszczepiania płatków skóry ludzkiéj, twierdzi autor, iż nigdy nie otrzymał równie szybkiego i dokładnego zabliźnienia wrzodów, pomimo dużéj powierzchni i tak wielkiéj liczby przeniesionych płatów, jak tu.

W drugim przypadku, gdzie koło maszyny zerwało kawał skóry z czaszki i twarzy robotnicy, przeszczepił autor na tą ogromną stosunkowo powierzchnię mnóstwo płatów różnego pochodzenia: płatki naskórkowe, płatki skórne człowieka, płatki ze ściany torbieli skórzastéj, wreszcie płatki ze skóry psa. Wynik tej mozaikowéj transplantacyi był dobry, chora po kilku miesiącach wróciła zdrowa do domu. Jako jeden z najważniejszych warunków powodzenia przeszczepiania uważa autor dobry stan powierzchni rany, na któréj chcemy szczepić: ziarnina ma być różowa, nie zanadto wybujała i niewiele wydzielająca. (*Archives de méd. expérin. et d'anat. pathol.* T. IV. 1892.) *L. Kryński.*

Farmakologija.

Fürst (Graz): **Objawy zatrucia sulfonalem.**

W literaturze lekarskiéj co raz częściéj spotykamy opisy zatruć sulfonalem, co ztąd pochodzi, że działanie jego z powodu trudnéj rozpuszczalności w żołądku (1 grm. w 200 grm. kw. żołądkowego) wobec codziennego używania staje się zbiorowem. Skutkiem tego takie działanie sulfonalu jest powolne, nie zjawia się często w chwili oznaczonéj, lecz po kilku godzinach a czasem dopiero na drugi dzień. Autor zestawia objawy, które w zatruciach sulfonalem spostrzegał: Okres podrażnienia jest bardzo rzadkim, często po zażyciu występują nudności i wymioty, a przed działaniem nasennem omdlenia, zawrót głowy i szum w uszach. Uczucie zimna a często dreszcze występują przed lub po zadziałaniu nasennem, podobnie i powstrzymanie potów. Z działania tego korzystali Martin, Böttrich i Schmidt u suchotników zapisując przeciw potom 0.50 sulfonalu. Dalszym objawem jest: Niezborność ruchów kończyn dolnych, górnych i języka, oraz *ptosis* i porażenie źrenicy. Zwiększenie lub zmniejszenie ruchów robaczkowych jelit zależy od tego, czy naraz jedną wielką dawkę podano, czy rozłożono na kilka dawek. Przy używaniu sulfonalu trzeba równocześnie podawać środek przeczyszczający, gdyż część nierozłożonego sulfonalu gromadzi się w kiszkach i późniéj działa kumulatywnie. Mocz przybiera barwę brunatną, zawiera ślad białka, chlorki w ilości zmniejszonéj i wielką ilość indykanu. Krew żylna jest żywo czerwoną, gdyż tkanki utraciwszy swą żywotność nie odbierają oksyhemoglobinie tlenu. (W ten sposób tłomaczy Hénocque to zabarwienie). Ciepłota ciała obniża się. Czynność serca nie doznaje żadnych zmian. Ruchy oddechowe stają się powolniejsze a pobudliwość błony śluzowéj oskrzeli zmniejsza się. Wysypek nie spostrzegano. Często występuje *sopor*, obniżenie czucia dotykowego i omamy. Niektórzy chorzy widzą podwójnie, często osoby im nieprzyjazne a nieobecne. Choremu Bornemanna zdawało się, że ma 2 głowy, 4 ręce i tyleż nóg.

Wszystkie te objawy występują tylko wtedy, jeżeli sulfonal podajemy przez czas długi (3 miesiące) codziennie. Jednorazowa dawka nawet duża zatrucia nie sprowadza. Sulfonal możemy także zupełnie bezpiecznie stosować, podając go z przestankami jedno lub dwudniowemi. Na objawy wyżéj przytoczone powinien lekarz zwracać baczną uwagę, a w razie ich wystąpienia natychmiast wstrzymać dalsze podawanie tego środka nasennego. (*Z. f. Th.* Nr. 3, 1892.)

Dr. Mendelsburg.

Terapija.

Chełmoński: **Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych.**

Środek, który autor przeciw chorobom zakaźnym stosuje, jestto produkt życia i rozwoju bakteryj gnilnych, którego sposób otrzymania i własności szczegółowo podaje, co w obec smutnych doświadczeń ostatniego dwulecia wynikłych z otaczania środków tajemniczością poczytane być musi za zasługę. Wykonawszy próby na zwierzętach i ludziach zdrowych i przekonawszy się, że środek wywołuje pewne objawy

reakcyi, które po upływie 24—36 godzin zupełnie ustępują bez pozostawienia po sobie jakichbkolwiek zaburzeń, rozpoczął badania na ludziach chorych. Na razie podaje autor wyniki z stosowania tego środka u osób dotkniętych durem brzusznym. Wstrzykiwania środka Chełmońskiego w brzebiegu téj choroby dały następujące wyniki: Po injekcyach ciepłota ciała opada albo *per crisim*, albo *per lysim* w ciągu 1—2 dni, czasem dopiero w 6 dni bez względu na okres choroby. Obniżeniu ciepłoty towarzyszy obfite pocenie, które czasem zjawia się dopiero w kilka dni. Tętno i oddechy po injekcyi stają się częstsze, suchość języka, kaszel, biegunka ustępują, wysypka blednie. Śledziona albo się jednocześnie z obniżeniem ciepłoty zmniejsza, albo też początkowo się jeszcze powiększa. Chory prędko wraca do sił, apetyt się wzmaga. (Odbitka z „*Medycyny*" T. XX. z 1892 r. Tymczasowe doniesienie.). *Dr. Beck.*

Choroby wewnętrzne.

Liermann: **Przyczynek do kazuistyki ropnia podprzeponowego w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka.**

Autor zestawia cztery przypadki obserwowane przez siebie w szpitalu, w których w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka, nastąpiło przebicie tegoż do jamy brzusznéj, a następnie z powodu istnienia zrostów otrzewnowych przyszło do częściowego zapalenia otrzewny. W 2 przypadkach mimo zabiegu chirurgicznego nie udało się przeszkodzić szerzeniu się zakażenia ropnego na wątrobę i śledzionę, w jednym zaś gwałtowne przebicie ropnia do jamy opłucnowéj wywołało zejście śmiertelne. Główną uwagę zwraca autor na przypadek 4-ty, gdzie po skonstatowaniu w 14 dni po objawach przebicia wrzodu okrągłego, obszaru podprzeponowego, przystąpiono do otwarcia tegoż i wypuszczono znaczną ilość gęstéj cuchnącéj ropy. Po założeniu sączka i przepłukaniu ropnia (który jak można było stwierdzić, znajdował się między żołądkiem a powłokami brzusznemi z przodu, od góry między przeponą a zrostami w okolicy dużéj krzywizny żołądka) podczas zakładania opatrunku wystąpiły kilkakrotne wymioty cuchnące ropą zupełnie podobną do ropy wypuszczonéj otworem operacyjnym. Chory od operacyi nie gorączkował więcéj a rekonwalescencyja postępowała tak szybkim krokiem, że po 12 dniach chory opuścił szpital zupełnie wyleczony. Autor stara się wytłomaczyć owe wymioty cuchnące ropą, które wystąpiły po operacyi i przypuszcza, że w tym przypadku ropień otaczał od góry żołądek przechodząc z przodu ku tyłowi po nad krzywizną małą, w rodzaju worka przewieszonego przez tąż krzywiznę i że następnie po usunięciu treści z jamy przedniéj, treść tylnéj jamy ropnia przez otwór wrzodu przedostała się do żołądka, a z tamtąd wymiotami na zewnątrz, co tem snadniéj można przypuścić, gdy się zważy, że po opróżnieniu przedniego ropnia, tylko jednostronny ucisk od ropnia tylnego działał na ścianę żołądka i ten wystarczał by ją przebić w miejscu najmniéj opornem t. j. w miejscu pierwotnego wrzodu.

To zejście pomyślne naprowadza autora na wniosek, że w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka z przebiciem do jamy brzusznéj, może przyjść tylko do częściowego wytworzenia się zapalenia otrzewny, jeżeli się zrosty wytworzą, które otarbiają eksudat w ten sposób, że nie pozwalają dalszemu szerzeniu się infekcyi. A jak z jednéj strony rozpoznanie przebicia wrzodu okrągłego żołądka nie jest rzeczą łatwą (a zatem zachodzi niepewność co do wskazania do laparotomii), to z drugiéj strony pozostaje nam dosyć czasu by postawić dokładne rozpoznanie co do obecności ropnia jego położenia i kształtu. Że zaś po jego skonstatowaniu jest wskazany natychmiastowy zabieg chirurgiczy, poucza najlepiej owe zejście pomyślne w czwartym przypadku opisanym przez autora. *Dr. Skrzyński.*

Chirurgija.

J. Ziemacki (Półtawa): **Bromek etylu w chirurgii.**

Z badań autora, wykonanych na sobie samym, kilku kolegach i 600 chorych, wynika, iż narkoza bromkiem etylu o wiele jest szybszą, aniżeli chloroformem; można ją zastosować jednak głównie do zabiegów chirurgicznych, nie trwających dłużéj nad 10 do 15 minut. Dawka wynosi 10—20 gramów, i należy ją na maskę, najlepiéj flanelową Esmarcha, naraz nalać; uśpienie następuje szybko, bo w 20—30 sekund i trwa od 10—20 minut. Dłużéj trwające operacye wymagają większéj ilości bromku etylu, tem bardziéj, że z góry czas uśpienia po pewnéj dawce dokładnie obliczyć się nie da, pacyent zaś przebudzony zrazu jest niespokojny i rzuca się; powtórne więc uśpienie przedstawia pewne trudności. W takich to razach poleca autor narkozę chloroformową, zwłaszcza że powtórne uśpienie bromkiem etylu już po przebudzeniu zdaje się być słabszem. Znacznie szybsze przebudzenie po bromku etylu i brak objawów niemiłych, jak bólu głowy, wymiotów, następujących zwykle po narkozie chloroformowéj, zdaje się obok innych dodatnich przemawiać za bromkiem etylu. Działanie więc i użycie tego środka czysto znieczulającego poleca autor szczególnie w chirurgii drobnéj w przeciwieństwie do zabiegów, gdzie chodzi o zniesienie napięcia mięśniowego, jak przy nastawianiu zwichnień lub w celach dyagnostycznych, gdyż własności téj bromek etylu nie posiada. W końcu podaje autor cały przebieg i zalety narkozy bromkiem etylu w przeciwwstawieniu do chloroformu, a mianowicie: bromek etylu znosi naprzód uczucie bólu przy zachowanym zmyśle dotyku; samowiedza pozostaje dość długo; niema bredzenia i podniecenia; natomiast występuje słabe napięcie mięśniowe. Dopiero po zupełnem znieczuleniu zmysł dotyku zostaje zniesiony, poczem następuje utrata samowiedzy. Oddechy podczas narkozy przyśpieszone, niekiedy kurcze kloniczne, bardzo rzadko napady szału. Przebudzenie nadzwyczaj szybkie i spokojne bez objawów przykrych, jak po chloroformie. Przypadków śmierci z narkozy jest tylko 2 znanych w literaturze, oba Lawson-Tait'a: jeden po laparotomii 2 godziny trwającéj, gdzie chora wyżyła 180 gramów tego środka, drugi u indywiduum kachektycznego, które przed operacyą było już prawie konające. Bromek etylu ulega łatwo rozkładowi przy przystępie wody, powietrza lub promieni słonecznych, i szybko paruje, dlatego najlepiéj przechowywać go w małych, ciemnych i szczelnie zatkanych naczyniach.

To zatem połączenie bromu, środka, posiadającego działanie jedno z najmocniéj uspokajających system nerwowy, z etanem, należącym do nieszkodliwéj grupy połączeń węglowych, uważa autor w pewnych przypadkach za teoretycznie najlepszy i zupełnie, zdaje się, bezpieczny środek znieczulający. (*Arch. f. klin. Chir.* XLII. 4.) *Dr. Jan Orski.*

Choroby oczne.

J. Mitvalský: **Zastosowanie miejscowe szaréj maści jako środka leczniczego w Keratitis parenchymotosa i zaćmieniach rogówki.**

Leczenie miejscowe zapalenia miąższowego rogówki prócz zapobiegania, względnie usunięcia możliwych a częstych powikłań choroby, zmierza głównie do tego, aby skrócić długi jéj przebieg i przeszkodzić dalszemu jéj postępowaniu. Skrócimy zaś znacznie przebieg cierpienia jeśli uda nam się przyspieszyć wessanie istniejących już produktów zapalenia i przeszkodzić dalszemu ich wytwarzaniu. W tym celu posługiwać się należy silnemi środkami, ułatwiającemi wessanie, któreby jednak nie drażniły zbyt rogówki lub spojówki. Z téj zasady wychodząc już przed trzema laty rozpoczął M. próby z jednym z najsilniéj działających środków jakim jest *unguentum cinereum*. Że jednak sama maść szara zbyt silnie drażni, przeto używał następującéj mięszaniny: *Rp. Ungu. hydr. ciner 1·0 Vasel. flav. 2·0, Lanolini 1·0.* Tak sporządzona maść, miękka, prawie półpłynna, wprowadzona do worka spojówkowego daje się bardzo łatwo przy pomocy lekkiego masowania po całéj gałce ocznéj rozprowadzić, a nie drażniąc wcale, nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych następstw. Działanie jéj w *Keratit. parench.* jest rozmaite stosownie do okresu choroby i danego przypadku. Najlepsze skutki widać w pierwszych początkach choroby, gdyż po większéj części następuje stosunkowo szybkie wessanie nacieków, przyczem naczynia albo wcale się nie wytwarzają, albo w nader skąpéj ilości. Działanie to tem pewniéj wystę

puje im mniejsze jest nastrzykanie rzęskowe, a tem samem i przekrwienie ciałka rzęskowego i tęczówki. Przeciwnie przy silnem nastrzykaniu rzęskowem i światłowstręcie znacznym i bolach w czole, stosowanie maści szaréj jest przeciwskazanem, gdyż przypady te wtedy się zwiększają i niebezpieczeństwo wystąpienia *iritis* lub *irido ciclitis* staje się groźniejszém. Chcąc się lepiéj o skuteczności tego środka przekonać stosował M. w niektórych przypadkach samą maść szarą bez ogólnego leczenia, przy czem udało mu się nie raz chorobę w samych początkach nie tylko powstrzymać ale i zmiany już daléj posunięte dość szybko usunąć. Przekonał się również, że w przypadkach, gdzie zmiany na obu oczach zupełnie były równe, w oku leczonem maścią szarą o wiele i cieńsze pozostawały plamki rogówkowe. Czy w przypadkach gdy już naczynia się wytwarzają, *ungu. ciner* jest wstanie powstrzymać rozwój tychże, czy przeciwnie sprzyja wytwarzaniu lub wcale na nie nie wpływa na to stanowczéj odpowiedzi nie znalazł, jedne bowiem przypadki zdawały się za tem, inne za tamtem twierdzeniem przemawiać. Stale jednak i w tym okresie zauważył o wiele szybszą resorbcyę nacieków, oczywiście z tem zastrzeżeniem że objawy silniéjszego zadrażnienia rzęskowego i tutaj stanowią przeciwskazanie. Jak tylko cierpienie dosięgło szczytu i sprawa zapalna już ustępować zaczyna, energiczne miejscowe stosowanie szaréj maści daje świetne i pewne wyniki, wywołując albo zupełne wyjaśnienie się rogówki albo z pozostawieniem nieznanych tylko plamek.

Po dokonaniu doświadczeń w przeszło 100 przypadkach *Keratitis parench.* w czeskiéj klinice okulistycznéj prof. Schöbla, doszedł m. do następujących wniosków: 1. *Ung. cin.* w powyższéj mięszaninie stosowane miejscowo okazuje się skutecznem, skracając prawie o $^1/_3$ przebieg *Keratit parench.* jeżeli zastosuje się w początkowem okresie tejże. 2. Gdy naczynia już się wytwarzają, działanie maści na takowe jest niepewnem, przyspiesza jednak również wessanie nacieków. 3. Przeciwwskazanie stanowią objawy silniejszego zadrażnienie ciałka rzęskowego. 4. Maść szara działa szybko i pewnie, gdy sprawa chorobowa zaczyna już ustępować. 5. Nie wyklucza bynajmniéj leczenia ogólnego, zwłaszcza zaś starannego zapuszczenia atropiny, którą można też w ilości 1% dodać do saméj maści. 6. Okazuje się skuteczną jako środek wyjaśniający w zaćmieniach rogówkowych na innem także tle powstałych [1]).

Zaleca więc gorąco ten środek, tem bardziéj że stosować go można codziennie nawet bardzo długo bez najmniéjszéj obawy. (*Centrbl. f. prakt. Augenheilkunhe. Februar.* 1892).

Dr. Langie.

Choroby kobiece.

B o n n a i r e: **Znaczenie międzykrocza w położnictwie.**

Autor opisawszy dokładnie anatomiczną budowę międzykrocza i znaczenie jego fizyjologiczne podczas porodu, przechodzi do zmian w międzykroczu wywołanych przez poród naturalny, lub przez pomoc sztuczną daną w celu rozwiązania. Pomija fizyjologiczne konieczne rozdarcie błony dziewiczej, jeżeli to istnieje jeszcze, a przyczyny pęknięć samego międzykrocza odnosi do 4 momentów: 1° do nieprawidłowości w drogach porodowych, 2° do nieprawidłowości w siłach wydalających płód, 3° do nieprawidłowości w części poprzedzającej i ułożeniu płodu, 4° do zabiegów wykonanych w celu przyspieszenia porodu.

Do nieprawidłowości w kanale kostnym należą: zbyt prosta i długa kość krzyżowa; zbytnia długość i zbliżenie się do siebie kości siedzeniowych; zniekształcenie miednicy garbatych; zbytnia wysokość i nachylenie ku tyłowi i dołowi spojenia łonowego. W częściach miękkich: za wązkie a za długie międzykrocze; twardość i niepodatność tkanin. U pierwiastek starszych stwardnienie, a od 30 r. życia skostnienie połączenia kości krzyżowo-ogonowego, u zbyt młodych zaś brak jędrności i odporności tkanin; zmiany patologiczne, z których najważniejsze: obrzęki surowicze, rozdęcia żylakowe naczyń, zbytnia tłustość; kruchość tkanin szczególniéj u osób skrofulicznych; pewnego rodzaju nasiąknięcie (*imbibitio*) gnilne, wywołane zakażonemi odchodami, gdy płód w macicy uległ rozkładowi; zbytnia wązkość wejścia do pochwy, czy to skutkiem zupełnego czy też częściowego zarośnięcia; zbyt oporna błona dziewicza; blizny po dawnych urazach.

Zbyt silne i częste bóle, w obec obszernéj miednicy i przeciwnie bóle słabe a z długiemi pauzami, narażają całość międzykrocza długiem uciskaniem nań główki. Skostnienie szwów kości czaszki płodu i następowa niepodatność tejże, położenia twarzowe, przechodzenie ramion płodu w wymiarze prostym, szczególniej gdy międzykrocze zostało już główką nieco nadwerężonem, położenia pośladkowe z nóżkami wyprostowanemi wzdłuż kadłuba, który przez to staje się mniéj podatnym i nie stosuje się należycie do wygięć kanału rodnego, zwroty nieprawidłowe główki, wreszcie wypadnięcie kończyn obok główki.

W grupie 4 téj dzieli B. rozdarcia na 3 rodzaje t. j. a) nieuniknione b) wywołane brakiem wprawy operującego c) sprowadzone wadliwą konstrukcyją narzędzia.

Ad a) Zarośnięcie kanału rodnego lub patologiczne zmiany w miąższu międzykrocza, nie dający się naprawić zwrot nieprawidłowy, lub ułożenie części poprzedzającej, niezbędna szybkość w ukończeniu porodu. *Ad b*) Zwraca autor uwagę że w przeciwieństwie do zabiegów chirurgicznych, operacya położnicza tem jest lepszą, im się ją wolniéj delikatniéj i ostrożniéj wykonywa. *Ad c*) Twierdzi że każde narzędzie użyte w wewnętrznych drogach porodowych, może zagrażać całości międzykrocza, jako wykonane z metalu, a użyte nieraz z wielką siłą. Potępia stanowczo hak do oddziełania główki płodu, zmiażdżacz i zgniatacz podstawy czaszki (*basiotrib*). O kleszczach mówi w ogóle jako o narzędziu bardzo niebezpiecznem dla całości części rodnych miękkich, szczególniéj w rękach niewprawnego lekarza, który z nieprawidłowemi zwrotami główki i z zastosowaniem do nich kleszczy, nie jest dostatecznie obznajomionym. Dla tego za najlepiej ochraniające i płód i matkę, uważa kleszcze Tarniera nazwane „kleszczami niewprawnych" (*forceps des ignorants*).

B. rozróżnia 5 rodzajów pęknięć międzykrocza: 1) pęknięcie błony śluzowej w dolnej części tylnéj ściany pochwy 2) pęknięcie skóry, 3) pęknięcie w całej grubości międzykrocza 4) pęknięcie śródmiąższowe 5) pęknięcie środkowe.

Do pierwszego rodzaju zalicza pęknięcia błony dziewiczej już to saméj, już też połączone z pęknięciem błony śluzowéj tylnéj ściany pochwy.

Jako specyalne w tym rodzaju, uważa rozdarcia błony śluzowej pochwy w bliskości międzykrocza, wynikłe z operacyi kleszczowéj, wśród której usiłowane zwrócenie główki do prawidłowego ustawienia przez skręcenie kleszczy jak klucza w zamku, pociąga za sobą obdarcie półkoliste błony śluzowéj, tylnéj części pochwy. Przypadki drugiego rodzaju uważa autor za wyjątkowe, a zdarzające się tylko u osób, u których międzykrocze jest zaopatrzonem w grubą warstwę tłuszczu. W takich wypadkach widział rozstępy jak na powłokach brzusznych, albo pęknięcia jużto samego naskórka, już to wraz z siecią Malpighiego, albo też skóry w całéj grubości téjże.

Pęknięcia trzeciego rodzaju ograniczające się do 1—2 ctm. uważa autor za wyjątkowe. Zwyczajne przebiegają najczęściéj w linii środkowéj, rozdzielając po kolei obydwa mięśnie opuszko-jamiste, przednie wiązki m. m. *levatores coccy-perineales*, mięśnia poprzecznego i dochodzą do zdziergacza zewnętrznego. Im więcej pozostaje nietkniętych wiązek tego ostatniego, tem mniej zupełnem jest pęknięcie, gdy zaś i te uległy rozdarciu, pęknięcie staje się zupełnem. Czasem zdarza się szczególniéj wśród operacyi kleszczowéj, że kierunek pęknięcia zbacza od linii środkowéj i wówczas pęknięcie bocznéj ściany odbytnicy, dopełnia nieprawidłowości.

---

[1]) W tych dniach rozpoczęto odnośne próby tak w klinice jak i na oddziale okulistycznym prof. Rydla w szpitalu św. Łazarza *(przyp. ref.)*.

Czwarty rodzaj pęknięć zdarzyć się może w obec zakrzepu w przedsionku i pochwie. Czasem pękają mięśnie stanowiące podstawę miednicy i to w rozmaitych kierunkach.

Pęknięcia piątego rodzaju uważa B. za ostateczny wynik zboczeń poprzedniego rodzaju, chociaż zdarza się, nader rzadko wprawdzie, że pękają kolejno po sobie wszystkie warstwy, począwszy od błony śluzowéj. Najrzadziéj rozpoczyna się pęknięcie od skóry. Zdarza się czasem że nieprawidłowość ta, daje się spostrzegać dopiero w pierwszym tygodniu połogu, a powstaje przez odpadanie obumarłych tkanin, których przyczyny analogiczne z powstawaniem przetok pęcherzowo-pochwowych szukać należy w zbytnim i przedłużonym ucisku. Tego rodzaju pęknięć naliczył Charpentier, w całéj literaturze zaledwie 45 (5 własnych). (Dok. nast).

Dr. W. Harajewicz.

Choroby skórne i kiłowe.

M o l è n e s: **Rzekome powtórne zakażenie kiłowe.**

Molènes wezwany został do chorego, mającego 28 lat, i znalazł u niego wrzód na migdałku obok licznie obrzękłych gruczołów karkowych, który uznał za cierpienie kiłowe początkowe. Chory jednak starał się odeprzeć to mniemanie, zapewniając, że już przed trzema laty przebył wrzód w rowku zażołędnym, potem nieznacznie swędzącą różyczkę, która się po kilku miesiącach ponowiła, i ostatecznie uznano go za kiłowego. Przecież po wrzodzie na migdałku, rozwinęła się typowa kiła wtórorzędna w postaci różyczki, łuszczycy dłoni i podeszew itd., która się kilkakrotnie powtarzała. Po niejakim czasie przybył chory do M. z lekko swędzącym rumieniem oznajmiając, że cierpienie obecne zupełnie jest podobne do różyczki, jaką przebył podczas pierwszéj kiły. Teraz się pokazało, że jest to osutka po antipyrynie, którą również podczas pierwszéj różyczki i recydywy zażywał przeciwko bólowi głowy połowiczemu. Rozchodziło się tedy w pierwszéj „kile“ o błędne rozpoznanie. *(Arch. f. Dermat. und Syph.* 1892.) *Dr. Skobel.*

B u m m (Würzburg): **Rzeżączka u kobiet i jéj skutki.**

Doświadczenie autora przemawia za tem, że rzeżączka nie tak łatwo przechodzi na jajowody i otrzewnę, jak to Nöggerath i wielu innych, groźne kreśląc obrazy, przedstawiają. Ujście zewnętrzne i wewnętrzne macicy są dość silnemi zaporami i gonokoki tylko w czasie miesiączkowania lub rodzenia są wstanie się przez nie przecisnąć. Wrazie jeżeli błona śluzowa macicy zostaje zakażoną, objawia się to na zewnątrz dreszczem, silnemi bólami i ropnym odpływem, a jeszcze i w okresie chronicznym pozostaje przeczulica macicy, która skłonną jest do nasileń powrotnych. Jeżeli infekcya przechodzi na jajowody, to prawie równocześnie powstaje zapalenie otrzewny. Nie można jednak uważać gonokoków za bezpośrednią przyczynę tego zapalenia, gdyż błony surowicze są złym gruntem dla tego drobnoustroju, nie rozrasta on się na nich i ginie. Odgrywa tu rolę zdaniem B. infekcya mięszana. B. zaszczepiał królikom do otrzewny jad tryprowy z ujemnym zawsze skutkiem. Wobec dzisiejszego rozwielmożnienia się rzeżączki u mężczyzn przypuścić trzeba, że mnóstwo kobiet jest cierpieniem tem dotkniętych, mimo to przypadki groźne należą do wyjątków. Jad tryprowy czysty niedaléj zagnieździć się może, niż w szyjce macicznéj. (*M. m. Wschft* Nr. 50, 1891.) *Dr. Mendelsburg.*

V. Zarazy nagminnie w Wielkopolsce panujące aż do roku 1800.

ZARYS HISTORYCZNY.

Napisał

Dr. Wacław Zaremba.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

Rachunki z r. 1585/86. „ad infectos peste“.

Dom. a. f. Simonis et Judae (27 paźdz.) fossoribus mortuorum in lazareth jussu dominorum consulum	4 flor.	— gros.
Dom. tertia adventus (15 grudnia) Francisco Rakwicz peste infectos providenti ad ocreas jussu dominorum consulum dedimus	2 „	— „
Dom. laetare (16 marca) Martino sutori peste infectos providenti	2 „	— „
Item pro ceromatibus peste infectis dedimus	2 „	— „
Dominica Paschae (6 kwietnia) fecimus calculum omnium expositorum grossanto peste ad victum pestis causa occlusis in et extra civitatem et in lazareth existentibus, fossoribus mortuorum, chyrurgis quoque et aliis ad id pertinentibus mercede inclusa factorum; totius expos. facit . . .	823 „	23 „ [9 denaros.
Domin. Conductus Paschae (12 kwietnia) pro medicamentis peste infectis et barbitonsoribus infectos procurantibus ex apotheca Joanni Zabinsky sub ministratis solvimus	60 „	— „
Dom. a. f. s. Joannis Bapt. (22 czerwca) a mansione, in qua barbitonsorum socii peste infectos procurantes habitabant, jussu dominorum consulum solvimus	8 „	24 „
Dom. a. f. Exaltationis S. Crucis (7 wrześ.) tempore pestis jussu domin. consulum pro infectis peste dedimus ad lazareth ex molendino in Sloza 25 metretas siliginis, quamlibet 24 grossos estimando facit	20 „	— „
Summa istius facit . .	922 flor.	25 gros. [et 9 denaros.
Custodibus portarum diurnis ex locis peste infectis venientes a civitate arcentibus	205 „	6 „
Summa 1585/86 . .	1128 flor.	3 gros. [et 9 denaros.
Ogół wydatków w roku 1585—1586 w czasie pomoru wynosił . . .	1363 flor.	22 gros. [et 9 denaros.

W aktach konsystorskich znajdujemy także wzmiankę o morze naówczas w Poznaniu grassującym: „Grassata est eo anno pestis, quae media fere aestate in aliquot aedes Judaeorum foris illapsa diligentia magistratus compressa fuit. Insequente autumno denuo aliunde etiam irrepsit et vires suas exercere paulo altius coepit nec usque ad finem januarii anni proximi destitit. Terrori fuit ingenti si quae antea, quem augere videbantur pleraque oppida et loca in vicinitate ejus mali non expertia et fama de Vratislaviensi aliisque Silesiae civitatibus saevissime ultra modum eadem lue vexatis. Videre tum erat posnaniensem civitatem destitutam tribus et ultra propemodum partibus civium: rarus quisque erat, qui non ab pestis periculum aliorsum migrasset vel uxorem, liberos a se relegasset . . . . Caeteroquin stragem paulo minorem terrore suo lues haec edidit mitius cum ea civitatis parte, quae est intra moenia, agens, quoniam et pauci in ea supererant, et qui supererant, occasiones omnes ejus contrahendae quam cautissione devitabant, in sub urbia parum attenta, praesertim in eum vicum, qui ecclesiae sti. Martini adjacet, vim suam convertens, ubi colluviem hominum ex infima plebe collectam implacidius tractavit. Ingentem numerum vilium abjectaeque sortis hominum, sinon etiam erronum, suburbia civitatis alienarum juris dicionum praesertim tum habebant. Nemo illorum erat, qui non victu a civitate subministrato sustentaretur et non opem ejus benignam sentiret. Nam dum ex aedibus infectis et suspectis exitus foras cuiquam prohiberetur, eo necessitatis res devenit, ut maximae

parti illorum propter pauperiem atque penuriam, etiamque aegrotis medicamenta chirurgis adhibitis ex publico ministrarentur. Quam ob caussam vulgus illud objectum alioquin pestis exors, famis et miseriae suae pertaesum ultro infectorum aedes, quasi lenienae, se exponens impertorritum ingredi ac eis cohabitare non formidabat victu pariter publico et ipsum sustentatum. Onerosum hoc impendium civitati fuisse quilibet facile existimabit, sed humanius videbatur raciones aerarii publici adtenuatas facere, quam disciplina dissoluta et contagiosis divagari per vicos, platea, atque aedes impune permissis civitatem totam internecioni nunquam deplorandae dare constitit tum civitati victus infectis impensus merces que fossoribus extinctorum, chirurgis et qui infectos curabant custodibus etiam portas interdiu observantibus erogata ad mille centum et decem septem florenos Polonicos. Mortui peste mille aut citra . . . .“ Przytoczyliśmy dokument ten dość obszernie, ażeby dać poznać jakie środki w mieście Poznaniu przedsiębrano, by rarazę wedle możności ograniczyć. 2. roku zaś 1586 istnieje wzmianka o zarazie morowéj w aktach konsystorskich „Annus hic (1586) non fuit quoque a peste liber ex repullalascentibus anni praecedantis reliquiis per Gnesnam Znenam [1]), oppida nonnulla villasque viciniores acitivo tempore suscitata et huc initio fere autumni relapsa. Quae singulari beneficio et cura magistratus diligenti placatiorem se, quam anno superiori, praebuit ad summum centum hominibus aut ne tot quidem iisque ex promiscua plebe desideratis . . . . Circiter festum natalis Domini, quo tempore pestis fam conquiescebat . . . .“ Pomimo że w Poznaniu zaraza ustała wreszcie Wielkopolski panowała jeszcze jak się zdaje tu i owdzie aż do r 1592. Dr. L. G ą s i o r o w s k i. Zbiór wiadomości I. 152 powołując się na Rzączyńskiego Hist. Nat. 375, przytacza tytuł „Difficillime civitas reperiri poterit in Polonia quae anno 1592 non offla retur mortifera calamitate.“

Koniec XVI a początek XVII wieku tj. od 1599 do 1602 zaznaczony jest w kronikach miasta Poznania ciężkiemi klęskami spowodowanemi morową zarazą. „*Chronik der Stadtschr. v. Gosen* A. Warschauera“ zawiera dokument wyjęty z akt konsystorkich z lat 1599—1600, w którym czytamy . . . . „Pestis in civitate Posnania anno hoc majorem in modum grassata est, quae aestate proxime exacti ex urbe Vlatislaviensi et aliis Germaniae locis ea infectis irrepens per reliquum temporis illius et initium sequentis (1600) ad medium usque aestatem sensim, post magis invalescere coepit. Rarus erat locus in Majori Polonia adeoque provinciis vicinis aliquantum dissitis, qui ab ea esset immunis. Intra moenia civitatis intra modum saeviit, cum perquam plurimi ex ea foras emigrassent, iis, qui remanserant, diligentius se custodientibus. Plebis per suburbia promiscue, quod ea numerosior erat, magnam partem adorta utrobique circiter quunque millia hominum e medio sustiIit. Vix ad mensem martium unni consequentis conquievit. In locis tamen proximis civitati quibusdam paulo post recruduit, in quibusdam etiam, cum pridem non grassaretur, recenter se intulit et usque ad exitum anni ejus perseveravit. Mirum civitatem posnaniensem oppidis et pagis compluribus circum jacentibus, et quidem pagis nonnulis vix dum in semimiliari distantibus ea infectis periculum tamen contagionis non sine Dei beneficio singulari evasisse.“ . . . . Dokument ten dalej opowiada nam, iż radni miasta po nazwisku tamże wymienieni, dla grozy w mieście panującéj. pouciekali. W archiwum do zarazy morowéj w tych latach w Poznaniu panującéj na kilka odnośnych także zapisków natrafiliśmy, pomiędzy innemi na podpisane nazwiskiem „Thomas Racięski publicus et actorum in Consistor. Posnan. Notarius.“ Autor chwali samego siebie niezmiernie używając w ogóle lichéj bardzo łaciny. Z adwokacyi tych najważniejsze miejsca tutaj przytaczamy „Sub initio vindemiarum graviter coepit grassari pestis premium in Lwówko oppido in quo ad mille ducentos et omnes clerici quisdo curandorum hominum . . . . remanserant, inde Zbąszinum tandem Posnaniam et Trzodam pervenit et in dies magis ac magis serpit malum, frequentatis funeribus Chwaliszeviam et omnia suburbana loca pervagata est, nec ipsa saepta Summae aedis libera prorsus, nec mea platea post montem Summi . . . . exceptis oppidis Ostrów et Srzodka [1]) in quibus ad praesentem diem quantum septembris (1600) . . . salubri vivitur aura . . . .“ Tegoż samego autora zapisek w aktach konsystorskich drugi . . . . „Anno D. 1600. In mense Novembri ego itd. . . . . in medio periculi pestis grassantis non modo in civitati posnaniensi sed multis aliis in locis provinciae hujus . . . .“ Trzeci zapisek tamże „Anno D. 1601 infra dies mensis Januarii durante ad huc Peste in civitato Gosnaniensi . . . .“ (C. d. n.)

[1]) Żnin.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 19794.

Okólnik c. k. Namiestnictwa

do wszystkich Pp. c. k. Starostów i WP. Prezydentów m. Lwowa i Krakowa.

Wskutek rozgłosnéj reklamy dla tak zwanéj metody leczniczéj Kneippa, objawiła się w niektórych krajach koronnych dążność do urządzenia zakładów leczniczych, przyczem o koncesyje na otwarcie takich zakładów starają się częstokroć osoby nie posiadające odpowiedniego lekarskiego uzdolnienia.

Również i władze polityczne nie zawsze przestrzegają i odpowiednio stosują istniejących przepisów prawnych co do otwierania zakładów humanitarno-leczniczych zdrojowych i kąpielowych.

Wskutek tego widziało się c. k. Ministerstwo spraw wewn. spowodowanem po wysłuchaniu zdania Najwyższéj Rady Zdrowia wydać pod datą 2 marca b. r. do l. 14498/891 następujące rozporządzenie:

1) Urządzenie prywatnych zakładów humanitarno-leczniczych zdrojowych i kąpielowych wszelkiego rodzaju, może nastąpić tylko na podstawie uzyskanéj koncesyi, te koncesyje udziela stosownie po przepisów Najwyższego postanowienia z dnia 14 września 1852 i §. 2 lit. b) ustawy z dnia 30 kwietnia 1870 dz. p. p. Nr. 68 polityczna władza krajowa, która w myśl §. 10 téj ustawy zasiągnąć ma poprzód opinii b. k. krajowéj Rady zdrowia.

2) Koncesyi udzielać można tylko takim zakładom, w których leczenie odbywać się ma według uznanych zasad nauki i według dokładnie określonych i znanych metod leczniczych, tudzież które odpowiednio ku temu są urządzone.

3) Udzielając zezwolenia na tego rodzaju zakłady, należy położyć warunek, że właściciel koncesyi w ogłoszeniach o zakładaniu nie może powoływać się na żadne metody lecznicze, zostające w sprzeczności z naukowemi sposobami leczenia, jak niemniéj, że zaniechać ma wszelkich szalbierskich zachwalań.

4) Gdyby w nowo urządzić się mającym zakładzie miał być wprowadzony n o w y j a k i s p o s ó b l e c z e n i a, natenczas należy zasięgnąć poprzód decyzyi wys. c. k. Ministerstwa spr. wewn., co do dopuszczalności onegoż i dopiero na podstawie téj decyzyi wydać orzeczenie w toku instancyi.

5) Wszystkie zakłady lecznicze i zdrojowiska muszą zostawać pod kierownictwem i odpowiedzialnym dozorem lekarza uprawnionego do wykonywania praktyki lekarskiéj.

O czem zawiadamia się pana c. k. Starostę do daszego właściwego zarządzenia.

Lwów dnia 17 marca 1892 r.

Badeni m. p.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 kwietnia. W sprawie *Kongresu polskich internistów* otrzymujemy następujące pismo:

Sekcyja medycyny wewnętrznéj VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie na posiedzeniu IV. w dniu 20 lipca 1891 r. na wniosek mój uchwaliła, by corocznie, z wyjąt-

kiem tych lat, na które przypadają ogólne Zjazdy lekarzy i przyrodników polskich, odbywały się w Krakowie kongresy polskich internistów. Zarazem uchwalono pozostawić mi swobodę porozumienia się co do szczegółów wykonania z kolegami, których w osobach Drów Batkowskiego, Chłapowskiego, Dunina, Gluzińskiego, Sokołowskiego i Widmanna zaproponowałem.

Otóż po porozumieniu się z powyż wymienionymi kolegami i za ich radą ogłaszam niniejszem, **że kongres polskich internistów w roku bieżącym się nie odbędzie.** O terminie kongresu w roku przyszłym późniéj zawiadomię.

Pisma lekarskie polskie proszę uprzejmie o powtórzenie tego zawiadomienia.

Krakow dnia 12 kwietnia 1892 r.

Prof. Dr. Korczyński.

* **W sprawie II-go zjazdu lekarzy powiatowych mającego się odbyć w dniu 30. Kwietnia 1892 r.**

Do komitetu zjazdowego zgłoszono następujące referaty:

1) **„O stanowisku lekarza powiatowego przy komisyjach poborowych do wojska.“ Sprawozdawca: Dr. Obtułowicz.**

2) **„O pomnożeniu szpitali prowincyjonalnych.“ Sprawozdawca: radca Dr. Merunowicz.**

3) Omówioną zostanie również **sprawa kas dla chorych.**

4) **Kol. Dr. Barzycki omówi następujące sprawy:**

a) Jak się rada zdrowia i Namiestnictwo zapatrują na zaraźliwość grużlicy ze względu na rozporządzenie z dnia 9. sierpnia 1891. L. 51923?

b) Jak należy postępować w obec bezwzględnego postępowania sądów obwodowych z umysłowo chorymi.?

c) Jak postępować należy z fabrykantem wody sodowéj, który wyrabia sok malinowy fałszowany koszenilą w obec tego, że §. 407 ust: kar. nie ma w takim razie zastósowania?

d) W interesie spraw sanitarnych byłoby pożądanem przedstawienie c. k. Namiestnictwa do Ministerstwa. aby lekarze rządowi mogli zaliczać należytości za jezdne w promieniu 4 kilometrów od ich siedziby.

e) Byłoby również rzeczą nader pożądaną w interesie spraw sanitarnych powiatu, aby lekarze powiatowi, którzy przy egzaminach rządowych zdają specyjalny egzamin z medycyny sądowéj, byli stale używani do czynności sądowo-lekarskich.

5) **Kol. Dr. Lachowicz omówi sprawę zmiany formularzy na kwartalne wykazy o jaglicy.**

Komitet zjazdu zaprasza na posiedzenie walne oprócz lekarzy powiatowych, także członków Rady sanitarnéj Krajowéj, fizyków miast Lwowa i Krakowa, oraz lekarzy miejskich tudzież lekarzy, których pieczy powierzona jest policyja sanitarna w kraju naszym. — Jako goście mile będą powitani wszyscy koledzy, których interesują sprawy poruszone w powyższych referatach.

Dotąd 30 przeszło kolegów przyrzekło przybyć na zjazd, który zapowiada się dobrze.

Lwów dnia 10 kwietnia 1892.

Za Komitet:

Dr. Merunowicz przewodniczący Zjazdu. *Dr. Obtułowicz* sekretarz Zjazdu.

* *Walne Zgromadzenie delegatów Tow. lekarzy galic.* odbędzie się d. 30 kwietnia w sobotę o godzinie 6-éj wieczorem w lokalu Towarzystwa we Lwowie ulica Blacharska 18, II. p. W tym samym dniu rano odbędzie się Zjazd lekarzy powiatowych.

* Towarzystwo Lek. Charkowskie w wspaniałem wydaniu ogłosiło protokół swego uroczystego posiedzenia odbytego w dniu 6-tym marca r. b. ku uczczeniu 50-letnich zasług na polu lekarsko społecznem swego honorowego członka Dra W. Frankowskiego. Obszerna broszura przyozdobiona portretem jubilata zawiera 17 rozdziałów obejmujących: przemówienia prezesa Towarzystwa, wielu członków oraz deputacyj, rozbiór działalności jubilata (Frankowski jako założyciel szpitala dziecięcego, jako pedyjatra, jako kolega, etyka Frankowskiego, wpływ jego na sfery lekarskie i w. i.). Daléj idą liczne adresy i telegramy od różnych korporacyj naukowych i od osób zajmujących najwydatniejsze stanowiska naukowe, między innemi od Virchowa, Hennocha, ministra Abazy i w. i. Z poza sfer lekarskich przyjmowała udział rada miejska, sądownictwo, stan nauczycielski, kupiecki, liczne korporacyje, słowem wszyscy. Olbrzymia aula rady miejskiéj zaledwie mogła pomieścić część pragnących wziąć udział w uroczystości, która trwała przeszło 3 godziny i niezatarte uczyniła wrażenie. (*Medycyna*).

* Wyszedł zeszyt 10 *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj* pod redakcyją prof. Dra Korczyńskiego i zawiera rozprawę Dra Eugeniusza Borzęckiego: „O rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki u mężczyzn ze stanowiska bakteryjologicznego“. W następnym zeszycie mieścić się będzie rozprawa Dra Odona Bujwida p. t. „Treściwe uwagi o wściekliźnie i jéj leczeniu według metody Pasteura“.

* Towarzystwo lekarzy wiedeńskich zamierza wybudować własny dom. Prof. Bilroth jako przewodniczący doniósł na jednem z ostasnich posiedzeń, że budowa domu jest zapewnioną w obec hojnych subskrypcyi członków i daru cesarza w kwocie 5000 zł., oraz daru pewnéj damy w kwocie 4000 złr. Miejsce pod budowę już zakupiono.

* Wydział lekarski Uniwersytetu w Insbrucku zwrócił się do znanego laryngologa naszego Dra Herynga z zapytaniem, czy przyjmie stanowisko nadzwyczajnego profesora laryngologii w Uniwersytecie w Insbrucku, i wezwał go zarazom o nadesłanie, w razie twierdzącéj odpowiedzi, swoich dokumentów i prac naukowych.

* W Lipsku zaprowadzono z początkiem r. b. instytucyje lekarzy szkolnych. Na 3000—4000 dzieci szkolnych przypada jeden lekarz pobierający 500 marek rocznego wynagrodzenia.

* W sprawie używania lodu wydała władza w Poczdamie następujące rozporządzenie: Badania w ces. urzędzie zdrowia wykazały, że lód używany w gospodarstwie zawiera często liczne drobnoustroje chorobotwórcze, które swéj żywotności nie utraciły. Prawdopodobnem jest przeto, że spostrzegane przypadki zachorowania po spożyciu napojów, oziębianych przez wrzucenie kawałka łodu, przypisać raczéj należy działaniu tych mikrobów niż zimna. Te same niebezpieczeństwa przedstawiają stałe potrawy, które położono na lód, w celu oziębienia lub konserwowania. Należy przeto pouczać publiczność o tem niebezpieczeństwie, a zarazem baczyć na to, aby lodu nie brano z takich miejsc, które przez dopływy z kanałów i t. d. są zanieczyszczane.

* Krezus amerykański Mr. William Vanderbilt wybierając się do Europy w podróż, która miała trwać 6 tygodni, przybrał do towarzystwa swego domowego lekarza, któremu miał za to zapłacić 10000 dolarów i opędzić wszystkie wydatki w czasie podróży. Lekarz ten należy do zawołanych praktyków Nowego Yorku, którzy zarabiają tygodniowo nie mniéj niż 1000 dolarów. *(Tits. Brits. Wr.)*

* **Wiadomości uniwersyteckie. Grac.** Na katedrę dermatologii i syfilidologii Wydział lekarski przedstawił 3 kandydatów w następującéj kolei: 1) Prof. Jarisch (Insbruk), 2) Doc. Riehl (Wiedeń), 3) Doc. Finger (Wiedeń). — **Praga.** Cesarz udzielił doc. Chodounskyemu tytuł prof. nadzwyczajnego.

* **Wiadomości osobowe.** Prof. Billroth obchodzi w b. m. 40-letni jubileusz doktorski, oraz 25 letni jubileusz profesury na uniwersytecie wiedeńskim. — Kuratoryjum fundacyi Liebiga udzieliło prof. Voitowi w Monachium złoty medal Liebiga „w uznaniu jego zasług w nauce o odżywianiu.“

* **Zmarli:** w Kijowie zmarł znany chirurg i senior profesorów tamtejszego uniwersytetu Dr. Karawajew w 81 roku życia. — W Pradze zmarł Dr. Lerch emer. profesor medycyny sądowéj. — W Wiedniu umarł znany fabrykant narzędzi chirurgicznych J. Leiter.

W dniu 3 b. m. zmarł Dr. Antoni Ciechanowicz, praktykujący w Tarnobrzegu. Zacny kolega, wykształcony i duszą całą oddany swemu zawodowi lekarz, padł ofiarą tyfusu plamistego, którego się nabawił, niosąc niezmordowanie pomoc dotkniętéj tą chorobą ludności a szukającéj pomocy w szpitaliku do dóbr Tarnobrzeskich należącym. W krótkim przeciągu czasu jest to już drugi lekarz płacący swem życiem pracę w wspomnianym szpitaliku; mimowolnie więc nasuwa się pytanie, czy nie są tego przyczyną warunki sanitarne w tym zakładzie panujące. — W ostatniéj chwili odbieramy wiadomość, że w Bełzie zmarł także z tyfusu plamistego Dr. Kazimierz Musiałowicz, który wierny swemu obowiązkowi

niósł pomoc podczas panującéj tamże epidemii, a dziś zostawił żonę i pięcioro dzieci bez środków do życia. Cześć zacnéj pamięci zmarłych kolegów, na którą pracowali całem swem życiem twardem a uczciwem!

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

☞ Do Nru niniejszego dołącza się Sprawozdanie z r. 1891 o Szczawnicy.






Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 23 Kwietnia 1892. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

Spostrzeżenie I. *Carcinoma coeci, strictura intestini, resectio, enterorrhaphia, sanatio.* 52 letni fabrykant z Częstochowy. Choroba rozpoczęła się w sposób nader skryty; pierwsze zatrzymanie stolca w połączeniu z wymiotami, rozdęciem brzucha i boleściami w całym żywocie wystąpiło około roku przed operacyją; przedtem już jednakowoż cierpiał od trzech lat zaparcie stolca. Ten pierwszy napad zamknięcia kanału kiszkowego przeszedł szczęśliwie po kilku dniach po zastosowaniu lewatyw, lecz od téj pory co drugi miesiąc przychodziły takie same napady, które odpowiedniem ułożeniem dyjety i wlewaniem od kiszki usuwał kol. Oderfeld, lekarz chorego. W kwietniu 1888 r. radził się z powodu swoich przypadłości kol. Reichmana, który jednak nie znalazł nic w kiszce i zaburzenia odniósł na karb żołądka, przypisując je wpływowi wysokiego stopnia rozedmy płuc, wywołującéj upośledzenie odżywiania wszystkich tkanek, a w szczególności żołądka. Latem chory pojechał do Gleichenberga, gdzie przy końcu pobytu dostał bardzo ciężkiego napadu niedrożności tak, że wezwany kol. Oderfeld pojechał do niego. Tam Dr. Rzehaczek znalazł guz w okolicy kiszki ślepéj, który rozpoznał jako raka; guz ten w ciągu kilku tygodni tak się zmniejszył, że gdy chory przejeżdżając przez Wiedeń radził się Weinlechnera i Horocha, ci niemogli go znaleść wcale i wyrazili przypuszczenie zajęcia pęcherzyka żółciowego. Po powrocie do kraju chory miał się przez kilka tygodni dobrze, lecz po jakimś błędzie w jadle objawy niedrożności wystąpiły nanowo i bez porównania groźniejsze, jak: silne wymioty, ogromne boleści w okolicy kiszki ślepéj, wzdęcie brzucha. Odtąd napady takie przychodziły coraz częściéj, co 2—1 tydzień. Guz zjawiał się wtedy coraz większy i kol. Oderfeld był w stanie dokładnie go obserwować, zarówno jak kol. Dunin, który w czasie napadu niedrożności wezwany był do chorego do Częstochowy; wtedy pierwszy raz przedstawiono mu możność operacyi. Gdym pierwszy raz widział chorego na naradzie z kol. Duninem, Goldflamem i Oderfeldem w końcu kwietnia, znalazłem stan następujący:

Bardzo wychudły, ziemistéj cery, mimo to silny jeszcze, chodzący mężczyzna, dobrze zbudowany, z dużem łaknieniem, lecz wygłodzony przy dyjecie mlecznéj, usposobienia raczéj wesołego, nie żalący się na żadne bóle, z zaćmą w jednem oku, ze sztucznemi w obu szczękach zębami. Ciężar = 43 kilo. Brzuch średniéj wielkości, miękki od średnio napełnionionych kiszek, będących w ciągłym ruchu, i sprawiających przelewanie się płynne, niebolesny, ze ścianą nienapiętą, dobry do macania. W dole biodrowym prawym dość głęboko wyczuwa się doskonale guz wielkości maléj cytryny, dający się dobrze zająć palcami, sunąć ku kolcowi biodrowemu; wypuszczony z pod palców wraca na swoje miejsce; jest on twardy i przy badaniu niebolesny; nie czuć do około gruczołów chłonnych; przy opukiwaniu daje odgłos słaby tympaniczny, przytłumiony. Rozpoznanie raka, wychodzącego z zastawki Bauhina i zamykającego światło kiszki nie było trudnem.

Co do innych trzew brzusznych, to nie przedstawiały one zmian wyraźnych. Mocz badany przez kol. Mayzla prócz zwiększonéj ilości indolu i śladów odczynu Rosenbacha nie różnił się od prawidłowego. Serce zdrowe, natomiast narządy oddechania przedstawiały zmiany; już nawet przy spokojnem leżeniu, jeśli chory rozmawia można w oddechu zauważyć brak tchu; od lat kilkunastu trwa przewlekłe zapalenie oskrzeli z wysokiego stopnia rozedmą; przy wysłuchiwaniu w obu płucach w dolnych płatach rzężenia wilgotne i świszczące, które nie giną i nie zmniejszają się po wykaszlaniu; wydzielina bardzo skąpa; kaszel jest tak męczący, że chory od kilku miesięcy zastrzykuje sobie morfinę dla przerwania napadu kaszlu i duszności.

To była jedyna poważna i nie do usunięcia okoliczność, z którą należało się liczyć przy operacyi, zresztą koniecznéj jako jedynego środka ratunku wobec grożącéj śmierci albo z zamknięcia kiszki, albo z głodu. Największe obawy budziło we mnie samo chloroformowanie, zawsze ciężkie przy rozedmie; przy tak znacznym stopniu rozedmy jak u naszego chorego, nie zdarzyło mi się jeszcze robić poważnej operacyi.

Wbrew przewidywaniu uśpienie chorego chloroformem w d. 3 Maja 1889 poszło nadzwyczaj pomyślnie i przy pomocy

kol. Jasińskiego, Ciechomskiego, Dunina, Oderfelda i Wolberga przystąpiłem do operacyi. Cięcie poprowadziłem ponad guzem, na 2, 3 palce powyżéj kolca biodrowego prawego, równolegle do włókien *m. obliqui ext.* — po otwarciu jamy otrzewnéj znalazłem tuż w ranie kiszkę ślepą i koniec *ilei* wolny, nie przyrosły do otaczających pętlic ani do sieci, i na tyle ruchomy, że je bez trudności wydobyłem na zewnątrz, z rany wraz z wyczuwalnym pod niemi guzem i gruczołami chłonnemi powiększonemi w kresce, poczem brzegi rany ścisnąłem do siebie i przykryłem ręcznikami tak spiętemi, że zupełnie odcięły jamę otrzewnową od pola operacyjnego. Nowotwór zupełnie ograniczony, chrząstkowato twardy, wyczuwało się w miejscu zastawki Bauhina; w jedną stronę od niego szła kiszka biodrowa kolosalnie rozszerzona, jędrna z grubą ścianą i z widocznemi potężnemi ruchami robaczkowemi, podobna nie do *ileum*, ale raczéj do odźwierniczéj części przerosłego żołądka; z drugiéj kiszka ślepa miękka, ze ścianą cienką, ilakowatą, wiotką; ku kolcowi odchodził nieprzyrosły wyrostek robaczkowaty; w krezce tuż przy nowotworze wyczuwa się dwa gruczoły chłonne wielkości fasoli, i jeden daléj wielkości bobu. Przedewszystkim przez obkłucie podwiązałem kreskę jelita biodrowego, następnie *mesenteriolum* wyrostka robaczkowego, wreszcie kreskę kiszki ślepéj, oraz części kiszki wstępującéj, utworzywszy ją sobie przez odciągnięcie tych tworów od ściany brzusznéj. Wtedy zrobiwszy otwór w kresce zarzuciłem dren na około jelita biodrowego i zacisnąłem je, a od strony nowotworu zawiązałem podwiązką, poczem między podwiązkami jelita przeciąłem, kał znajdujący się w świetle wytarłem wiechetkami z waty i otrzewnę końca obwodowego obszyłem ponad błoną śluzową tak, żeby zamknąwszy światło zabezpieczyć się od zarażenia przy dalszych manipulacyjach. Następnie odciąłem kiszkę cienką, wyrostek robaczkowy i ślepą od kreski ponad podwiązaniem tak, żeby przy tych tworach pozostały i gruczoły, wreszcie przeciąłem nożycami wiotką pustą kiszkę wstępującą a oczyściwszy świało z resztek kału przystąpiłem do zeszycia przyczepu kiszkowego kreski jelita biodrowego z odpowiedniem miejscem pod jelitem grubem, poczem zaszyłem dziurę w kresce, a wtedy dopiero zdjąwszy podwiązkę elastyczną z kiszki cienkiéj spoiłem oba obwody jelit ze sobą dwupiętrowym szwem: najprzód w części kuśnierskim w części węzełkowym przejmującym błony śluzowe i mięsne, a potem węzełkowym przejmującym błony surowicze i mięsne, wreszcie tu i owdzie dodałem po szwie w punktach podejrzanych. Ponieważ skutkiem ogromnego przerostu jelita biodrowego, a następnie zwężenia otworu *ileocoecalis* znikła wielka różnica w rozmiarach świateł kiszki cienkiéj i ślepéj, przeto przy zeszywaniu nie potrzebowałem się uciekać do żadnych cięć lub szwów dodatkowych jak przy spajaniu żołądka z dwunastnicą. Natomiast miałem wielką trudność przy szyciu wynikającą ztąd, że ściana kiszki grubéj była tak cienką i nikłą, że ciągła była obawa, aby nie zająć igłą całéj grubości ściany, *resp.* nie zrobić dziury do kiszki przy nitce szwu. Podwiązka kauczukowa z drenu wybornie zamknęła światło jelita cienkiego, a mimoto dzięki nadzwyczajnéj grubości i jędrności jego ściany nie wywołała zgorzeli; po zdjęciu jéj miejsce zaciśnięte zaróżowiło się a z brzegów zaczęła się sączyć krew; dla bezpieczeństwa jednak obrączkę szerokości pół cm. ściąłem. Co do kiszki grubéj, to z brzegu cięcia w niej było krwawienie tak nieznaczne, a w pewnych częściach wcale go nie było, że obciąłem ścianę daléj z obawy zgorzeli. Wogóle przy podwiązaniu naczyń w kresce jest się w niepewności, czy czasem cięcie kiszki nie przypada w obrębie ostatniego brzeżnego podwiązanego naczynia, co następnie mogłoby pociągnąć po zeszyciu zgorzel. Operacyja zakończona została zaszyciem rany brzusznéj w $2^1/_4$ godziny od rozpoczęcia.

Przebieg przewyborny, niezakłócony niczem; nie było ani wymiotów, ani czkawki, ani boleści i wzdęcia brzucha: ciepłota najwyższa trzeciego dnia 38°, tętno stałe 80—76, tylko trzeciego dnia 104. Jedynie dotkliwa rzecz, to ból w ranie przy kaszlu, z powodu którego dwa razy dziennie zastrzykiwało się po $^1/_4$ grana morfiny. Od trzeciego dnia chory dostawał codziennie po dwie lawatywy, po których zaczęły odchodzić wiatry, a 6-go dnia dobrowolnie bez bólu odeszło obfite wypróżnienie. Od 2-go dnia chory dostawał pokarmy płynne, w coraz większéj ilości. Mocz z początku ciemny, czerwonawy w ilości 400 cm. sześć. na na dobę, dawał wyraźny odczyn Rosenbacha, w miarę wzmacniania się ustroju i otrzymywania większéj ilości pokarmów stał się bledszym, a 6-go dnia już go było 800 cm. sześć. Łaknienie bardzo znaczne zjawiło się od piątego dnia, a z każdym dniem wzmagało się tak, że chory o niczem prawie nie mówił tylko o jadle. 10-go dnia chory wstał z łóżka po wyjęciu szwów z rany brzusznéj, a 20-go dnia wyjechał z Warszawy zdrów; przybyło go na wadze 12 funtów. W dniu 5 Lipca chory donosi mi, że ma się wybornie i, że go przybyło 33 funtów.

1891 r. w końcu Maja znowu widziałem dawnego pacyjenta, który poddawał się operacyi zaćmy. Przy badaniu przez ścianę brzuszną wyczuwa się zeszytą kiszkę jak przewężoną, zresztą czynności kanału pokarmowego odbywają się w jak najprawidłowszy sposób: kał bywa gęsty jak u zdrowego dorosłego człowieka. Stan ogólny doskonały, prócz męczącéj rozedmy płuc: łaknienie dobre, a wypróżnienie jak najprawidłowsze.

Opis preparatu. Długość wyciętéj kiszki grubéj mierząc wzdłuż *taenia libera* 10 cm., długość jelita cienkiego 7 cm; wyrostek robaczkowy znajduje się w prawidłowym stanie; nowotwór zajmuje zastawkę jelitokątniczą w kształcie bardzo twardego wałka opasującego światło w kształcie pierścienia; przez otwór przepchać można ołówek; na granicy między k. ślepą i wstępującą istnieje drugie zwężenie przepuszczające palec, powstałe przez to, że wargi zawstawki Bauhina są również rakowate zwyrodnione, i tak jak daleko fizyjologicznie sięgają, tak daleko przedstawiają się jak dwa twarde wałki, nie otaczające atoli kiszki. Samo *coecum* przedstawia ślepy sklapnięty worek, którego ściana zarówno jak okrężnicy wstępującéj jest bardzo cienką, zanikłą. Natomiast ściana k. biodrowéj w dolnym odcinku jest tak grubą jak ściana skurczonego żołądka, jest jędrną, tęgą, a jama jéj przed samą *valvula ileocoecalis* jest tak dalece rozszerzoną, że światło równa się światłu k. grubej. Badanie drobnowidowe wykazało: *Epithelioma*.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XXII.

Wątpliwe dzieciobójstwo.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

Dnia 22 lipca znaleziono w wodzie ciało dziecka, noszącego na sobie znamiona nowonarodzenia. Sąd wyśledził, że dziecko to urodzonem zostało przez Rozaliję F. dnia 3 czerwca, że zostało zaraz pochowane, jednak d. 1 lipca wydobyte z ziemi i rzucone do strumyka. Sekcyja sądowa odbyła się d. 25 lipca, dokonał jéj Dr. X. i podyktował protokół następujący:

Oględziny zewnętrzne: 1) Dziecko płci męzkiéj, w wysokim stopniu uległe zgniliźnie, donoszone, długość ciała 52 ctm., podściółka tłuszczowa obfita. 2) Kości czaszki otwarte i rozstąpione tak, że mózg wylał się w zupełności. 3) Na skórze głowy brak włosów. 4) Oczodoły pozbawione gałek ocznych. 5) Jama ust otwarta, język w głębi ułożony, koniec okazuje objawy zgnilizny. 6) Na szyi znaleziono tasiemkę 2 ctm. szeroką, 3 razy okalającą takową i na kluczkę zaciśniętą tak mocno, że najcieńszy patyczek pod tę tasiemkę a ciało dziecka z trudnością dał się podsunąć, po zdjęciu téj tasiemki, w miejscu gdzie była

pętla, cokolwiek na prawo od środka szyi, mięśnie podpadły zgniliźnie i rozlazły się same. 7) Klatka piersiowa i brzuch zapadłe, pozbawione w całości przyskórka, barwa jéj ciemnomarmurkowata. 8) W miejscu pępka otwór prowadzący do jamy brzusznéj, a na około tego otworu resztki strzępiaste pępowiny. 9) Na odnogach górnych i dolnych brak prawie wszystkich mięśni, a kości w stawach łokciowych i kolanowych od siebie są odosobnione. 10) Na plecach i palcach tak rąk jak i nóg brak przyskórka i paznogci, które zeszły z przyskórkiem. Na ciele innych obrażeń nie znaleziono.

Oględziny wewnętrzne: 11) Kości czaszki otwarte w szwach a mózg i móżdżek wylany, a reszty pozostałe tworzą jedną masę różowawą płynną. 12) Gruczoł tarczykowy w całości utrzymany, czerwono zabarwiony. 13) Tchawica w miejscu pętli jest różowawo zabarwiona, w innych częściach pokryta śluzem ciągnącym się, a szczególnie w miejscu poniżéj pętli. 14) Płuca po otwarciu klatki piersiowéj okazują się wprawdzie zapadłe, jednakowoż przy dotyku wszędzie powietrze zawierające. Opłucna gładka, płuca wyjęte całkowicie z sercem i rzucone na wodę pływają, tak samo i kawałki od płuca odcięte unoszą się na wodzie, płuca na przekroju nic nie przedstawiają wzmianki godnego, albowiem miąższ płuc prawie jest rozpływający się. 15) Serce prawidłowéj wielkości nic nie przedstawia wzmianki godnego, procz tego, że mięsień jest zgniły. 16) Wątroba prawidłowéj wielkości, torebka gładka czarno-marmurkowata, na przekroju rozpływa się w miazgę. 17) Śledziona prawidłowéj wielkości z jednym wrębem, torebka gładka, miąższ na przekroju rozpływa się w miazgę brudno-wiśniową. 18) Nerki małe, torebka utrzymana, na przekroju miąższ brajowaty. 19) Żołądek pusty, błona śluzowa pokryta łepkim wiśniowym śluzem. 20) Kiszki wszystkie tak cienkie jak grube zawierają kał barwy jasnéj, konsystencyi na pół zbitéj, tylko w odbytnicy saméj znajduje się kał więcéj płynny, jednakowoż barwy jasnéj, błona śluzowa prawidłowa. 21) Pęcherz moczowy nie zawiera moczu, moszna utrzymane tak samo członek męzki.

Orzeczenie. Z oględzin dziecka wynika, iż takowe było donoszone, dobrze odżywione i przy życiu utrzymane przez najmniéj 2 dni i było karmione, za czem przemawiają wszystkie w oględzinach wewnętrznych przytoczone wskazówki. Dziecko to nie podpadało żadnéj za życia chorobie, którаby mu śmierć sprowadzić mogła. Umarło zaś śmiercią gwałtowną przez uduszenie, w skutek podwiązania i ściśnienia tasiemką szyi, w skutek czego wstrzymano dostęp powietrza, a śmierć nastąpiła bardzo prędko po owem zakneblowaniu szyi. Że pętla została za życia temu dziecku założona, wskazują li tylko zmiany na gruczole tarczykowym, bo skóra, jak wspomniano, została zniszczoną wskutek zgnilizny.

Reasumując to orzeczenie stanowczo twierdzę, iż dziecko zupełnie donoszone i zdrowe utraciło życie przez uduszenie w skutek założenia pętli z tasiemki silnie ściągniętéj.

Obwiniona matka tłomaczyła się, że dziecko jéj po po urodzeniu nie krzyczało wcale, jednak ruszało i przeciągało się, że ona naprzód ścisnęła mu klatkę piersiową, śród czego ono zasiniało i ruszać się przestało, następnie gdy według jéj mniemania dziecko już nie żyło, obwiązała mu szyję silnie bardzo taśmą.

Sądowi orzeczenie to zdawało się zapewne za nadto stanowczem i dlatego odesłał akta do Wydziału lek., żądając orzeczenia Wydziałowego.

Orzeczenie Wydziału lek. opiewało jak następuje:

1) Dziecko Rozalii F. było donoszone; czy jednak urodziło się żywem i żyło po urodzeniu, na to sekcyja nie dostarcza żadnych dowodów, albowiem

a) w obec znacznéj bardzo zgnilizny całego ciała, a głównie płuc, pływanie płuc nie dowodzi wcale oddychania samodzielnego;

b) treść jasna, na wpół zbita, w jelitach nie dowodzi, że dziecko było karmione; nie ma bowiem dowodu, że treścią tą był kał a nie smolka, zwłaszcza, że treść żołądka była taką, jaką zawsze napotyka się u płodu lub dziecka niekarmionego;

c) sine zabarwie gruczołu tarczykowego może być zmianą pośmiertną, samo przez się więc wcale nie dowodzi, że tasiemka założoną została dziecięciu żyjącemu.

2) W obec ujemnego wyniku sekcyi z powodu zgnilizny i niemożności wyjaśnienia na jéj podstawie, czy dziecko żyło po urodzeniu, tem samem i odpowiedź na pytanie, jaka jest przyczyna śmierci dziecięcia, jest niemożebną i zbyteczną.

3) Zasługuje jednak na uwagę, że szyja dziecięcia była ściśnięta taśmą, szczelnie przylegającą i zawiązaną, a fakt ten staje się tem ważniejszym w obec zeznania obwinionéj, że dziecku swemu, które po urodzeniu wprawdzie nie krzyczało, jednak ruszało i przeciągało się, ścisnęła naprzód klatkę piersiową, śród czego ono zsiniało i przestało ruszać się, a następnie, gdy już nie żyło, obwiązała mu szyjkę taśmą bardzo silnie. Temu szczegółowemu zeznaniu obwinionéj ze stanowiska lekarskiego nic zarzucić nie można; a jakkolwiek nie ma dowodu przedmiotowego, że dziecko urodziło się żywem i umarło z uduszenia, to jednak nic też przeciw téj możności nie przemawia.

Jakkolwiek obwiniona zeznała na własną szkodę, że zgładziła dziecko swoje nowonarodzone, które chociaż miało nie krzyczeć, jednak miało się ruszać, a więc dawać objawy życia, to jednak lekarz sądowy nie miał podstawy oświadczyć się za tem, że dziecko przyszło na świat żywem, a to z powodu, że dla znacznéj zgnilizny w danym przypadku próba płucowa dowodu nie zdolną była dostarczyć, jako dziecko oddychało, a tem samem żyło. Z tego powodu orzeczenie pierwsze rzeczywiście było za nadto stanowcze i zbyt śmiałe. Dlatego też Wydział lekarski nie mogąc w sposób czysto przedmiotowy sprawdzić, czy dziecko w ogóle żyło po urodzeniu, tem samem nie mógł twierdzić stanowczo, że ono umarło z uduszenia. Inaczéj się ma rzecz, jeżeli zachodzi pytanie, czy dziecko w mowie będące **mogło** żyć i umrzeć w sposób przez matkę podany? Ponieważ wiarogodność jakiegokolwiek zeznania o tyle tylko podpada pod ocenę znawcy lekarskiego, o ile zeznanie to pozostaje lub nie w sprzeczności z doświadczeniem lekarskiem, więc w tym przypadku można było wypowiedzieć zdanie swoje, że nic nie przemawia (naturalnie ze stanowiska lekarskiego) przeciw możności, że dziecko urodziło się żywem i umarło z uduszenia, a więc przeciw wiarogodności zeznania obwinionéj, ponieważ doświadczenie lekarskie poucza, że dziecko nowonarodzone niekoniecznie krzyczeć musi po urodzeniu, że więc mimo nie krzyczenia żyć może, a nawet ujemny wynik próby płucowéj w obec tak znacznéj zgnilizny nie przemawiałby jeszcze przeciw temu, że dziecko mogło oddychać. W takim przypadku pozostawia się ocenie Sądu, czy zechce polegać na zeznaniu obwinionéj lub nie, a tem samem czy zechce przypuścić dzieciobójstwo lub nie; daléj znawca lekarski posunąć się nie powinien, jeżeli nie chce roli swéj zamienić na rolę sędziego przysięgłego.

III. Z zakładu fizyjologicznego Uniw. Jag. w Krakowie.

Sposoby wywołania analgezyi ogólnéj drażnieniem krtani i jéj okolicy podług Brown-Séquarda.

Napisał

Dr. Leon Wachholz,

asystent przy katedrze medycyny sądowéj Uniw. Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 16).

Niemniéj jednak na pozór dodatnie wyniki zachęciły mnie do doświadczeń dalszych na żabach z utrzymanemi półkulami mózgu:

3) 24/XI 1891. Żaba z utrzymanemi półkulami mózgu zanurzona do kwasu natychmiast się rzuca i jest niespokojną. Drażnienie krtani krótko trwające zgłębnikiem nie wpływa na czucie wcale. Drażnienie przyrządem saneczkowym przez 3 minuty przy odległości cewek $7^1/_2$ ctm., odruchy na kw. siarkowy po 31 uderzeniach metronomu; przypalanie łapek daje reakcyję słabą.

4) 25/XI, 7 wieczór. Żaba z dnia poprzedniego z utrzymanemi półkulami mózgu. Odruchy na kw. siarkowy po 42 uderz. metronomu bez podrażnienia krtani; przypiekanie wywołuje natychmiastowe żywe ruchy; mechaniczne drażnienie wywołuje żywe ruchy. Drażnienie zgłębnikiem krtani przez 2 minuty zwalnia nieznacznie ruchy za podrażnieniem mechanicznem lub chemicznem (kw. siarkowy). Drażnienie krtani prądem przerywanym przy odległ. cewek $7^1/_2$ ctm. przez 2 min.; ruchy w kw. siarkowym po 84 uderzeniach metron., po przypalaniu ruchów nie ma.

5) Żaba z półkulami. Doświadczenie o podobnym wyniku jak poprzednie. Żaby te wszystkie po ukończonych doświadczeniach poruszają się zwolna, są znużone.

Doświadczenia te dały bardzo mierne wyniki, jeżeli się uwzględni, że drażnienie mechaniczne krtani zgłębnikiem prawie nie dało wyniku dodatniego, a drażnienie nadzwyczaj mocnym prądem przerywanym (odległość $7^1/_2$ ctm.), które przy wprowadzeniu elektrod do krtani żab z utrzymanemi półkulami wywoływało przeciągły pisk, a po krótkiéj chwili wytwarzało nawał czynny krwi do błony śluzowéj krtani i obrzęk tejże, pociągało w następstwie wolne oddziaływanie na podniety znaczniejsze.

Wreszcie zachowanie się żab bierne na podniety w końcu każdego doświadczenia, należy sobie tłomaczyć znacznem znużeniem i wycieńczeniem sił zwierzęcia. Aby się o tem przekonać, czy drażnienie prądem o téj samej sile innych okolic, względnie innych nerwów czulnych, a nie tylko nerwów krtaniowych, daje wynik podobny, wykonałem na 2 żabach następujące doświadczenie:

6) Żaba z półkulami. W kw. siarkowym żywe ruchy. Drażnienie nerwów skórnych łapki przedniéj prawéj przymocowanemi elektrodami z obu stron łapki, przy odległości cewek przyrządu saneczk. $11^1/_2$ ctm. przez 5 minut. Ruchy w kw. siarkowym po 16, 24 uderz. metron., potem ich nie ma. Przypalanie wywołuje słabe i opóźnione ruchy.

Doświadczenie podobne wykonano jeszcze powtórnie na drugiéj żabie, a mimo że używano prądu słabszego (odległość cewek $11^1/_2$ ctm.) lecz natomiast przez czas dłuższy bo przez 5 minut, wynik był podobny jak przy drażnieniu krtani przy odległ. cewek $7^1/_2$ ctm.

Te doświadczenia na żabach pouczyły o dwojakiéj możliwości a mianowicie: albo drażnienie krtani u żaby nie różni się w skutku od drażnienia innych nerwów czuciowych a każdorazowy słaby skutek należy przypisać zmęczeniu zwierzęcia, albo też w istocie efekt drażnienia krtani opisany przez Brown-Séquarda już na żabach się nie sprawdza.

Aby się przekonać, czy może brak wyników dodatnich należy przypisać temu, że żaba do doświadczeń tych się nie nadaje, przystąpiłem do doświadczeń na zwierzętach ciepłokrwistych mianowicie:

7) 21/XI świnka morska. Ucisk łapek jak również drażnienie ich prądem przerywanym za pomocą przyrządu saneczkowego przy odległości cewek o 14 ctm. wywołuje żywe ruchy i przeciągły pisk. Drażnienie wygolonéj skóry szyi saneczkami przy 10 ctm. odległości cewek przez ciąg jednéj minuty, zwierzę w ciągu drażnienia piszczy; po ustaniu drażnienia ucisk łapki obudza żywe ruchy. Drażnienie skóry szyi przy 8 ctm. odległ. cewek, w ciągu drażnienia pisk głuchy wskutek skurczu mięśni szyi i krtani, po zaprzestaniu drażnienia zwierzę rozdrażnione chce kąsać; przy ucisku łapki żywe ruchy i pisk. Drażnienie zgłębnikiem wnętrza krtani, na ucisk łapki ruchy i pisk. Po wyjęciu zgłębnika z krtani zwierzę jakby odurzone. Odsłonięcie po obu stronach nerwów krtaniowych górnych — podrażnienie ich przyrządem saneczkowym przy odległości 14 ctm., zwierzę spokojniejsze, oddech zmieniony, pisk głuchy. W czasie zszywania rany skórnéj na szyi żywe oddziaływanie z powodu bólu. Pisk zmieniony (głuchy), żywe ruchy przy ucisku wywartym na łapkę. Brak analgezyi tegoż samego dnia w 6 godzin po doświadczeniu, trzeciego dnia zwierzę padło. Głos aż do końca chrypliwy.

Jedno to doświadczenie, na zwierzęciu ciepłokrwistem wykonane, dało wynik całkowicie ujemny; gdy jednakowoż Brown-Séquard w doświadczeniach swych nie posługiwał się świnkami morskiemi, przystąpiłem do doświadczeń na królikach, o których Brown Séquard w pierwszéj swéj pracy (str. 660) wspomina, że do doświadczeń się nadają i analgezyi sposobem jego wywołanéj podlegają.

8 doświadczenie dnia 11/XII. Królik średniéj wielkości przy ucisku łapki lub przy zadrażnieniu jéj przez wbite w skórę elektrody przewodzące prąd od przyrządu saneczkowego, zrywanie się zwierzęcia i żywe ruchy. Wykonano tracheotomiję, założono rurkę tchawiczną, nad nią przez otwór wprowadzono do wnętrza krtani elektrody.

(Patrz tablicę I. na odwrotnéj stronie.)

Drażnienie mechaniczne wnętrza krtani zgłębnikiem przez 3 minuty, wreszcie drażnienie parą chloroformu daje wynik zupełnie ujemny; przy zadawaniu ran, ugniataniu łapek, drażnieniu skóry tychże wbitemi elektrodami przy 9 ctm. odległości cewek, żywe ruchy i niepokój gwałtowny zwierzęcia, mimo $2^1/_2$ godzinnego trwania doświadczenia.

9. doświadczenie 15/XII, królik średniéj wielkości. Odsłonięto nerwy krtaniowe górne. Drażnienie przez czas 1 minuty nerwu krtaniowego górnego prawego, przy 15 ctm. odległości cewek daje wynik ujemny, bo na podniety ból wywołujące (drażnienie nerwów skórnych łapki przy 9 ctm. odległ. cewek), występują żywe ruchy, zwierzę się rzuca jak i bez drażnienia nerwu krtaniowego. Drażnienie n. krtani górn. lewego przez czas 1 minuty przy 12 ctm. odległ. cewek, drażnienie przy 10 ctm. odległ. cewek, naprzemian obu nerwów krtani górnych, każdego przez czas 1 minuty, drażnienie krtani odsłoniętéj z powłok skórnych po zewnętrznéj stronie przez czas 2 minut przy odległ. 12 ctm., drażnienie wnętrza krtani przez 3 minuty przy odległości 12 centim. wreszcie mechaniczne podrażnienie wnętrza krtani zgłębnikiem $^1/_2$ min. trwające nie dają najmniejszego dodatniego wyniku. Zamiast analgezyi okazuje się wszędzie mocna przeczulica.

Tak więc i wyniki na królikach były w zupełności ujemne a nawet u drugiego królika wynik był zupełnie odwrotny, gdyż w miejsce analgezyi widziano wybitną przeczulicę.

Już cały ten szereg doświadczeń zdolnym był przekonać, że doświadczenia Brown-Séquarda nie są realnemi. Mimo

Tablica I.

Drażnienie wnętrza krtani saneczkami w odległości cewek	Czas trwania drażnienia	Drażnienie nerwów czulnych łapek przyrządem saneczkowym w odległości cewek	Wynik
18 ctm.	$\frac{1}{2}$ minuty	9 ctm.	Brak analgezyi żywe ruchy
16 ctm.	1 minuta	9 ctm.	„
14 ctm.	$1\frac{1}{2}$ minuty	9 ctm.	„
$12\frac{1}{2}$ ctm.	2 minuty	9 ctm.	„
10 ctm.	5 minut	9 ctm.	„

to jednak, aby jeszcze dokładniej się przekonać, czy drażnienie skóry szyi, błony śluzowéj krtani i jéj nerwów wpływa na obniżenie czucia bólu, aby wreszcie wykazać, czy cięcie skórne szyi u psów, jak to Brown-Séquard w 3-ciem swem doniesieniu twierdzi, również nie wywołuje analgezyi, użyto do ostatniego doświadczenia psa.

10 doświadczenie 5/II, pies pudel. Odsłonięto nerw udowy, zadrażniono go prądem przerywanym przy odległości cewek 24 ctm., mocny niepokój, pies boleśnie wyje. Skórę szyi ogolono, przyłożono elektrody prądu stałego, prąd o natężeniu 14·5 miliamp. działał przez 4 minuty, w tym czasie podrażnienie *n. cruralis* prądem przerywanym przy 24 ctm. odległ. cewek wywołuje nieco cichsze wycie; po odłożeniu elektrod z prądem stałym, ta sama podnieta na nerw udowy działająca wywołuje wycie jak przedtem donośne. Prąd stały o 22—25 miliamp. przez 5 minut (na skórę szyi), drażnienie *n. cruralis* przy 32 ctm. odległ. cewek, wycie bolesne i rzucanie się zwierzęcia. O godzinie 7 i 23 minut włożono kaniulę do tchawicy, drażnienie *n. cruralis* w 4 minut po założeniu kaniuli wywołuje widoczny ból, pies się zrywa i rzuca. Wprowadzono katodę do wnętrza krtani nad rurką tchawiczną, anodę zaś przyłożono do skóry szyi, z początku po prawéj potem po lewej stronie 25 miliamp. przez czas 2 minut, w czasie działania prądu stałego zmieniony tor oddechowy, ruchy wymiotne. Drażnienie *n. cruralis* jak przedtem, pies się mocno zrywa. Działanie prądu stałego przez 3 minuty na krtań, wynik ten sam. Wprowadzono sondę do krtani, katodę zaś przyłożono do skóry szyi, prąd stały 25—28 miliamp., czas działania prądu 2 minuty, rana w pachwinie bardzo czuła, *n. crural.* drażniony jak przedtem wytwarza wielki ból, pies się bowiem mocno niepokoi. Po odjęciu elektrod z krtani i szyi przekrwienie znaczne w naczyniach szyjnych. Odsłonięto nerwy krtaniowe górne. Przez nerw krtaniowy górny prawy przepuszczono prąd stały o $1\frac{1}{2}$ miliamp. przez 3 minuty. *N. cruralis* drażniony przy 32 ctm. odl. cewek, ból i niepokój psa. Kaniula spoczywa w krtani przez pół godziny, analgezyi nie ma. Celem przekonania się, czy drażnienie krtani wpływa w jakikolwiek sposób na odruchy naczyniowe, połączono tętnicę udową z kymografem Ludwiga. Zadrażnienie nerwu udowego z początku przy 32 ctm. odległ. cewek, potem przy 21 ctm. wywołało podniesienie się parcia i przyspieszenie akcyi serca.

Następnie podrażniono nerw krtaniowy górny prądem stałym o sile 2 miliamp., zmian żadnych w parciu krwi nie ma. Teraz w ciągu działania prądu stałego na nerw krtaniowy gorny podrażniono znowu nerw cruralis prądem przerywanym przy odległ. cewek o 21 ctm. Kymograf zapisał zmiany te same jak przy wyłącznem drażnieniu nerwu udowego.

W tem ostatniem doświadczeniu zastosowano prąd stały do drażnienia krtani i jéj nerwów w miejsce prądu przerywanego; uczyniono to dlatego, że i Brown-Séquard używa w swych doświadczeniach czasem prądu stałego. Katoda użyta do podrażnienia krtani musiałaby wywołać analgezyę, gdyby w istocie takową w sposób podany przez Brown-Séquarda można było uzyskać; anoda, któréj działanie jest łagodzącem, również była użytą z ujemnym skutkiem. Doświadczenie to ostatnie jakkolwiek było ściśle wedle podanych przez Brown-Séquarda doświadczeń wykonane, dało wynik w zupełności ujemny, albowiem ani cięcie skórne środkowi przedniéj części szyi zadane,, ani drażnienie zewnętrznéj części krtani odsłoniętéj z powłok skórnych, ani części jéj wewnętrznéj prądem galwanicznym, wreszcie drażnienie wnętrza krtani wprowadzeniem kaniuli i drażnienie tymże prądem nerwów krtaniowych górnych analgezyi nie sprowadziło. Celem przekonania się o wpływie różnych podniet na krtań i ich okolice, o ile podniety te wpływają znieczulająco, nie posługiwałem się tylko zwracaniem uwagi na podmiotowe zachowanie się zwierzęcia do doświadczeń użytego, lecz także bacznem śledzeniem zmian w odruchach. Jeżliby bowiem podniety te wywoływały analgezyję, to wówczas odruchy musiałyby się stać leniwemi, względnie musiałyby nie istnieć wcale. U żab po dłuższem trwaniu doświadczenia odruchy stawały się słabszemi, jednak nie można tego liczyć na karb wywołanéj analgezyi, gdyż zwierzę ulegało znacznemu osłabieniu przez dłuższe trwanie doświadczenia, powtóre, że z czasem może nastąpić przyzwyczajenie ośrodków do jednéj i téj saméj podniety tak, że ośrodki na nią przestają oddziaływać.

Jeżeli się uwzględni, że zachowanie się odruchów u żab po zadrażnieniu krtani było identycznem z zachowaniem się tychże przy drażnieniu innych nerwów czuciowych (doświadcz. Nr. 6.), wreszcie jeżli się uwzględni, że draznienie krtani i nerwów krtaniowych górnych żadnego nie miało wybitnego wpływu na odruchy naczyniowe (dośw. Nr. 10), to opaźnianie się odruchów u żab pod wpływem podniet krtani drażniących odnieść jedynie należy do zmęczenia zwierzęcia i do przyzwyczajenia się ośrodków do podniet tych samych przez czas dłuższy działających. Wreszcie należy i to wziąść pod rozwagę, że każde silniejsze podrażnienie któregokolwiek nerwu dośrodkowego wpływa tamująco na odruchy w zakresie innych nerwów (Goltz, Lewisson i t. d.); ztąd to zadrażnienie nerwów dośrodkowych skóry łapki u żaby (dośw. Nr. 6) miało skutek ten sam, co i podrażnienie nerwów krtani. Wprawdzie analgezyja jest częś-

ciowo objawem psychicznym, podczas gdy odruchy są objawami więcéj fizycznemi, w każdym jednak razie, gdyby podrażnienie krtani wywołało było analgezyję, to takowa objawiłaby się tak znacznym oporem w łuku odruchowym, że żadna podnieta nie byłaby zdolną odruchu wywołać. Ponieważ zaś odruchy we wszystkich doświadczeniach można było wywołać, zatem na téj drodze należało już istnienie analgezyi wykluczyć.

Że drażnienie krtani analgezyi nie wywołuje, świadczy także zachowanie się zwierząt w ciągu doświadczenia: świnka morska była rozdrażnioną, chciała kąsać, przy drażnieniu ból wywołującem wydawała pisk, króliki się zrywały, pies wył boleśnie i rzucał się. Jeżli jednak pisk u świnki morskiéj stawał się przy drażnieniu krtani cieńszym, to odnieść to należy do widocznego skurczu mięśni krtaniowych; głos ich zyskiwał pierwotne brzmienie po oddaleniu elektrod od krtani. Brown Séquard podaje w celu udowodnienia, że w stanie analgezyi zwierzę ma sferę zmysłową i umysłową prawidłowo utrzymaną, iż małpa po wywołaniu u niéj tego stanu, gdy ją do klatki wpuszczano, uciekła i w największym niepokoju po całéj pracowni biegała wyrządzając szkody. Mnie się zdaje, że przykład ten dowodnie tłómaczy rozdrażnienie zwierzęcia, które każdy zabieg u niego podjęty doskonale odczuwało.

Doświadczenie Brown-Séquarda trzecie z rzędu przy użyciu CO_2 w postaci insuflacyi jako podniety krtań drażniącéj, wykonane w obec profesorów Sir Henry Auclanda i Burdon Sandersona nie doprowadziło do pozytywnych wyników w tak szybkim czasie, jak inne doświadczenia.

Sam autor wyraża się, że w przypadku tym zużył 41 litrów CO_2 do wywołania analgezyi i takowa nastąpiła dopiero w $1\frac{1}{2}$ godziny, Po upływie dopiero tak długiego czasu objawiła się w ranach zadawanych i w nerwach. Wiadomo jednak, że rana obnażona czas dłuższy, podobnie i nerwy ulegają wysuszeniu przez parowanie, wskutek czego zakończenia obwodowe nerwów czulnych obumierają, nic też dziwnego, że rany i newy te na wpływy drażniące nie oddziaływają.

W końcu nie można pominąć jednéj jeszcze uwagi Brown-Séquarda, mianowicie téj, że u małp analgezyja wywołana trwa nieraz krótki czas po usunięciu podniety, wywołującéj ją, jednak w kilka godzin potem występuje samoistnie i wówczas trwa już przez czas dłuższy. Fakt ten przez niego empirycznie stwierdzony, w istocie dziwnym się wydaje!

Doświadczeń z wprowadzaniem CO_2 do krtani jako podniety nie wykonałem, mimo to zdaje mi się, że gdyby analgezyję można było według wskazówek Brown-Séquarda wywołać, to już resztą sposobów przez niego podanych a w doświadczeniach tych użytych sprowadzić byłoby się udało.

Z prac B. S. uwidocznia się, że B. S. posługiwał się tylko podmiotowem zachowaniem się zwierzęcia, celem przekonania się o istnieniu analgezyi i ztąd to pochodzą mylne twierdzenia i wywody jego.

Wobec zupełnie ujemnych wyników, jakie uzyskałem przeprowadzając doświadczenia powyższe, cel mój odleglejszy, o jakim w doniesieniu tem wspomniałem, musiał pozostać tylko idealnym.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Brücke: *Wie behütet man Leben und Gesundheit seiner Kinder.* Wiedeń 1892. str. 230.

Dziełko to tak skromnie zatytułowane przez znakomitego wiedeńskiego fizyjologa ma tę przed innemi podobnemi pracami wyższość, że je właśnie doświadczony fizyjolog napisał, a zasady i rady tyczące się wychowania dzieci starał się pogodzić z zasadami fizyjologii i na ściśle naukowych podstawach je oprzeć. Prof. B. po skończonéj karyjerze profesorskiéj zamiast traktatu naukowego streścił swoje poglądy na rozwój i wychowanie młodzieży, a tem oddał niemałą przysługę ludzkości rozszerzając między światłych rodziców zasady, jakich się powinni trzymać w wychowaniu swych dzieci.

Począwszy od pierwszéj stronnicy aż do ostatniéj czyta się książkę tę z takiem zajęciem i z taką łatwością, tak wszystko jedno z drugiego wypływa, jedno z drugiem się kojarzy, że nie spostrzega się czytelnik, kiedy ostatnia kartka się kończy, a z podwójnym rozstajemy się żalem raz że nie posiadamy nic podobnego w naszéj literaturze i że tak mało matek będzie mogło z niéj korzystac, aby zasady te w życie wprowadzić.

Autor pisał książkę nie dla lekarzy, jak to w przedmowie swéj podaje, a jednak polecić ją można każdemu z kolegów, bo znajdzie w niéj wiele cennych rad, uwag i wskazówek nietylko z korzyścią dla swojéj najbliższéj rodziny, ale i dla dzieci powierzonych swojéj lekarskiéj opiece, co do których nieraz ma głos decydujący. Rozdziały o karmieniu dziecka piersią matki, przez mamkę, sztuczne karmienie, pielęgnowanie dziecka, odżywienie starszych już dzieci, hygijena pożywienia, wybór mieszkania, pobyt na świeżem powietrzu, ubiór, sen, odpoczynek. gimnastyka i ruch, wszystkie te działy składają się na piękną całość z wielkiem bogactwem treści, a część tycząca się hartowania dzieci należy może do najbardziéj interesujących, bo w innych podręcznikach hygijeny kwestyja ta tak ważna w wychowaniu albo wcale nie bywa traktowaną, albo tylko półsłówkami. Dodać jeszcze należy, że autor dość obszernie podał zasady pielęgnowania pojedynczych części ciała (oczy, uszy, włosy, zęby, skóra), które w wielu razach różnią się od przyjętych dotąd zasad i dołączył niemniéj ważną część profilaktyczną, jak mianowicie należy zapobiegać chorobom i od nich dzieci swoje ustrzedz.

To też nie wątpię, że każdy, który tę książkę przeczyta, będzie czuł wdzięczność dla zmarłego uczonego, że po sobie i w tym rodzaju poważną spuściznę dla rodziców zostawia. *Dr. J. Surzycki.*

Bakteryjologija.

P. Canon i W. Pielicke: **O prątku wykrytym we krwi chorych na odrę.**

C. i P. badali krew w 14 przypadkach odry w preparatach barwionych roczynem błękitu metylenowego i eozyny (zgęszczonego wodnego roczynu błękitu metylenu 40.00, $\frac{1}{4}$% roczynu eozyny w 70% wyskoku 20.00, wody przekroplonéj 40.00) przy ciepłocie 37° C. w termostacie i znaleźli we wszystkich przypadkach ten sam rodzaj prątków. Rozmiary tego prątka były różne: czasem dosięgał długości promienia ciałka czerwonego krwi, niektóre prątki były znacznie mniejsze i zbliżone do podwójnych koków (*diplococci*); niektóre były prawie tak długie, jak średnica ciałka czerwonego. W ogóle barwiły się błękitem metylenowym dość słabo, silniéj na obu końcach, lub przedstawiały zabarwienie błękitne poprzerywane kilkoma lukami jasnemi w środku.

C. i P. uważają te prątki za jeden jedyny gatunek, za właściwe odrze?!

Znachodziły się podczas całego przebiegu odry, nawet 1—3 dni po ustąpieniu gorączki. Ilość ich była zmienną: czasem zaledwie kilka można było odszukać w jednym preparacie, czasem całe pole widzenia było zasiane mnóstwem prątków. Metodą Grama prątki te nie barwiły się.

W kilka dni po przebyciu odry badanie dawało wynik ujemny. Identyczne co do postaci i rozmiarów prątki znachodziły się w śluzie nosowym, plwocinach i wydzielinie spojówkowej.

C. i P. usiłowali hodować powyższe prątki na różnych pożywkach, jednakowoż udało im się je wyhodować tylko w bulijonie: ani na agarze peptonowym z gliceryną lub bez niéj, ani na surowicy krwi ani na mięszaninie agaru z surowicą krwi (na któréj w ostatnich czasach hodował Wertheim gonokoki) hodowle nie rozwinęły się. Badanie mikroskopowe prątków sztucznie w bulijonie wyhodowanych stwierdziło ich tożsamość co do postaci, rozmiarów i barwienia się z prątkami bezpośrednio z krwi uzyskanemi.

Dalsze badania wykażą, czy i o ile prątki w mowie będące są drobnoustrojami chorobotwórczemi odry. (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 16, 1892). *Pon.*

Choroby kobiece.

Bonnaire: **Znaczenie międzykrocza w położnictwie.**

(Dok. Patrz Nr. 16.)

W ogóle rozpoznanie pęknięć nie natrafia na zbytnie trudności, szczególniej jeżeli się ma do czynienia z rozdarciem w całéj grubości lub zewnętrznych części śródkrocza. Nadwerężenia jednak błony śluzowej wymagają nieraz ściślego badania aby nie uszły uwagi.

Rozmiaru pęknięcia nie można również w wielu przypadkach ocenić tylko okiem, gdyż na pozór znaczne pęknięcia okazują się nieraz po bliższem zbadaniu jako ograniczone do błony śluzowej tylko i brzeżnej części skóry, co szczególniéj zauważyć można, w razach surowiczego obrzęku śródkrocza. Przeciwnie znowu drobne na pozór rozdarcia, drążyć mogą w głąb i wymagać starannego opatrzenia. Dla tego też radzi autor bardzo dokładne badanie. Bólu nie uważa on za znaczny objaw, gdyż zwykle tkaniny naciągnięte i zgniecione tracą prawidłowe czucie. Krwawienie w prawidłowych warunkach nie powinno być obfitem, a ustaje szybko po ukończeniu porodu.

Niezupełne rozdarcia według B. goją się łatwo przez rychłozrost nawet bez sztucznego zespojenia. Natomiast zupełne wymagają zeszycia. To ostatnie zaś daje tem lepsze wyniki im rana jest mniejszą, im brzegi równiejsze, tkanka mniéj naciekła im chora spokojniéjsza, a zastosowana antyseptyka ściśléjsza.

Rana przez ropienie zgojona daje powód do zupełnego otwarcia pochwy, do czego głównie przyczynia się kurczenie się mięśni rozdartych. Następstwem zaś tego jest łatwość dostania się pierwiastków chorobotwórczych do kanału rodnego. Nerwobóle w zakresie nerwu sromnego, wydarzają się najczęściéj w przypadkach pęknięcia pierścienia pochwowego z boku z następowem wrośnięciem w bliznę gałązek tego nerwu.

Powikłań rozróżnia autor 3 rodzaje: t. j. bezpośrednie, następowe wczesne i następowe późne. Do pierwszych zalicza krwotoki z pęknięcia łechtaczki lub ciał jamistych, albo też ze zwyrodnienia śródkrocza pod postacią ogólnej rozstrzeni naczyń krwionośnych. Za jedyny skuteczny środek w tym ostatnim przypadku, uważa B. ciągły ucisk, gdyż kruche tkaniny nie są w stanie dać dostatecznego oparcia zakładanym szwom. Przez powikłanie następowe wczesne, rozumie autor zakażenie rany i to albo pierwotne, które się ztąd dalej rozszerza i może dać powód do ogólnego zakażenia, albo też następowe, wywołane zakażeniem ogólnem. Jako następowe późne powikłanie uważa opadnięcie i wypadnięcie pochwy i macicy jakoteż dalsze następstwa.

Postępowanie winno być zachowawczem wśród porodu i to przez nadawanie sztuczne kierunku pęknięciom. Nie wdając się w opis rozmaitych sposobów używanych w celu utrzymania międzykrocza, podaje używany w klinice paryzkiéj, nie różniący się w niczem od postępowania w naszej klinice używanego.

Co się tyczy kleszczy, radzi B. zdjęcie takowych gdy już główka nisko do pochwy sprowadzoną została, a wytoczenie główki, dokonać sposobem Ritgena.

Gdy jednak pęknięcie jest nieuniknionem i należy mu nadać kierunek, uważa za najlepsze nacięcie ujścia pochwy sposobem Tarniera naprzód w linii środkowej następnie w bliskości otworu stolcowego, nie dotykając zdziergacza zwraca ostre narzędzia na bok i tak życie przedłuża.

W przypadkach rozdarcia środkowego (5 rodzaj) radzi rychłe przecięcie powstałego mostka przedniego, aby uniknąć nadwerężenia kiszki stolcowej. Jeżeli niema przeciwskazań, uważa bezpośrednie zeszycie za najlepsze, a to z uwagi że według Berarda tkaniny śródkrocza są przez 6 godzin po porodzie nieczułemi na ból, dalej że natychmiast zamyka się drogi zakażeniu i że przerwane mięśnie daje się łatwo zespoić i przez to wprowadzić w prawidłowe miejsce, co głównie przywraca fizyjologiczne znaczenie międzykrocza. Późne zespojenie można wprawdzie tak wykonać, że pozostaje tylko linearna blizna, ale nie przywróci ono prawidłowego znaczenia śródkroczu.

Drobne ubytki błony śluzowej lub rozdarcia, radzi przyżegać lapisem, większe zaś a szczególniej głębsze zaszywać. Gdy rozdarcie małe dotyczy tylko skóry, uważa spineczki (*serres fines*) za wystarczające. W większych nadwerężeniach dokładne oczyszczenie i zeszycie. Aby zaś krew odpływająca z macicy nie zalewała pola operacyjnego, zakłada powyżéj niego tampon z gazy jodoformowej.

Jako przeciwskazania do bezpośredniego zeszycia podaje 1) żylaki, obrzęk surowiczy, nasiąknienie gnilne. 2) krytyczny ogólny stan chorej, czy to skutkiem ubytku krwi, czy też napadów rzucawki. Zapad lub pogorszenie stanu może być następstwem przedsięwziętéj operacyi.

Gdy z przytoczonych powodów nie można operować natychmiast po porodzie, należy w 12 do 15 dni zespoić brzegi rany po usunięciu ziarniny, albo też przeczekać już póki się rana nie zagoi i nie nastąpiło całkowite zwinięcie się części rodnych i wówczas dopiero wykonać odnawiającą operacyję. (*Gazette des hôpitaux* Nr. 35 i 38 z 1891 r.)

Dr. Wł. Harajewicz.

V. Zarazy nagminnie w Wielkopolsce panujące aż do roku 1800.

ZARYS HISTORYCZNY.

Napisał

Dr. Wacław Zaremba.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

W pierwszych dziesiątkach lat XVII wieku zaraza kilka razy się jeszcze ponawia w Wielkopolsce, zdaje się jednakże, iż nie w tak wielkich rozmiarach jak poprzednio. W r. 1604 panowała w Bydgoszczy (Dr. Kühnast. *Histor Nachrichten* str. 65). W r. 1607 zaraza znowu Poznań nawiedziła. „*Chronik der Stadtschreiber v. Posen* A. Warschauera“ taką nam z akt konsystorskich wyjętą wzmiankę podaje „Anno D. millesimo sexcentesimo septimo circa medium augusti mensis, aliquot domus Judaeorum in civitate Posnaniensi peste fuerunt infectae ex pecunia cuidam Judeae Moyzeszka dictae per quendam nobilem pignora sua eximentem data, unde ea contagio brevi in plateam Sutorinam irrepsit fereque totam infecit, ut omnes ibi habitantes inde sese subducere et in alias plateas suburbii migrare coacti fuerint, plateaque Sutorum obstructa asseribus, ne cuiquam eo pateret transitus. In platea Cerdonum quoque aliquot domus fuerunt huic contagioni obnoxiae eaque platea occlusa. Propterea fuerunt scholae collegii s. Jesu clausae, studiosi dimissi collegiumque ipsum postea hoc malo infectum . . .“ Zarazę tę wspomina także J. Łukaszewicz. Obraz h. s. m. G. II. 308.

Z archiwalnych zapisków widzimy, iż w latach tych i inne pomniejsze miasta wielkopolskie morowem powietrzem nawiedzone zostały i tak w aktach miasta Kcyni [1]) obecnie

[1]) Kcynia w dawnych aktach Kcenia, dawniéj w wojew. Gnieznieńskiem, dzisiaj w pow. Szubińskim położone, miało swój gród do juryzdykcyi generała wielkopolskiego należący.

w archiwum poznańskiem złożonych, znajdujemy zaraz na pierwszéj stronie z. r. 1605 zapisek „Actum in oppido seu villa Czeszewo propter auram pestiferam protunc in oppido Kcinia vigentem. Feria quarta post Festum s. Jacobi Apost. A. D. Millesimo sexcentesimo quinto . . . .“ Tamże znajdujemy wzmiankę, iż morowe powietrze około dnia św. Agnieszki 1606 ustało w Kcyni „Aëre pestifero Kcinae divina gratia favente, cessante etc . . . . die festa S. Agnetis virginis A. D. 1606.“

W trzecim dziesiątku lat XVII wieku klęski morowego powietrza ponawiają się w Wielkopolsce. „Dr. Kühnast. *Histor. Nachrichten üb. d. S. Bromberg*“ pisze, iż morowa zaraza czyniąc wielkie spustoszenia w Bydgoszczy w latach 1622 i 1623 jeszcze w 1630 tamże nie była ustała zupełnie. Zaraza w tych latach szerokie zakreśliła koła nie przepuszczając i mniejszym miasteczkom i włościom. W aktach grodu w Kcyni Fol. 665 znajduje się zapisek o zarazie w mieście Poznaniu, daléj tamże Fol. 959 pod rokiem 1628 „oppidum et Incolae ejusdem oppidi (G. Znina położonego o 3 mile od Kcyni) proptem aërem pestiferum protunc ibidem grassantem . . . . exedebant et transmigrabant . . . .“ daléj Fol. 1182 akt kcyńskich po polsku napisaną wzmiankę „jako ad aditum pod ten czas wszędzie rozpostartego (tj. w r. 1630) powietrza morowego y ksiąg grodzkich tak Poznańskich jak Kcyńskich na różne miejsca przeniesionych.“ Fol. 1206 tychże akt wspomnianą jest morowa zaraza w tym czasie panująca w Wągrówcu „ob periculum pestis in oppido Wągrowiecz grassantis.“ Te same akta piszą o zarazie w Chodzieżu w r. 1631 Fol. 1265 „Anno millesimo sexcentesimo trigesimo primo“ zaznaczając iż skutkiem grozy morowéj ludzie „w pole się wyprowadzili.“ Fol. 1270 zaś podaje przysięgę mieszczan z miasta Szubina w polskim języku, iż powietrze morowe zaczęło się od św. Stanisława w roku przeszłym (zatem 1630), a trwało aż do święta Nawiedzenia Panny Maryi.“ W mieście Żninie zaraza ta musiała znaczne przybrać rozmiary, znajdujemy bowiem w aktach kcyńskich Fol. 1302 spisany akt z mieszkańcami tegoż miasta opiewający, iż burmistrz tego miasta Mrzewczyk considerując desolutią domów przez powietrze (prawdop. opustoszałych) w miasteczku i na przedmieściach“ kazał je wszystkie popisywać ławnikom „aby domy puste przy ich obecności popisane były.“ Domów zaś takich z oznaczeniem położenia i właściciela znajdujemy tam dość dużo, nie wiadomo jednakże czy domy owe opustoszały skutkiem wymarcia, czyli też możliwéj w takich razach ucieczki mieszkańców. O czasie zaś trwania morowéj zarazy w Żninie poucza nas w aktach Kcyńskich Fol. 1303 zapisana przysięga ławników żnińskich Feliksa Pawłowskiego i Pawła Gotowego, że „powietrze morowe zaczęło się od Przewodney Niedzieli w roku przeszłym w miasteczku naszym a trwało aż do nowego lata blisko przeszlego roku (G. 1631).“

Plaga morowego powietrza w r. 1625 i lat następnych miastu Poznaniowi ciężko dała się we znaki. Wedle dokumentu zamieszczonego przez A. Warschauera „*Chronik* itd. str. 123“ zdaje się, iż zaraza już w r. 1624 w mieście ukazywać się zaczęła, to samo potwierdza J. Łukaszewicz, jak to poniżéj zobaczymy. Odnośne do zarazy panującéj naówczas w Poznaniu miejsce w rzeczonym dokumencie brzmi: „Pestis in anno D. millesimo sexcentesimo vigesimo quinto. Dum post grassantem per integrum fere anni anterioris curriculum pestilitatis contagionem homines feliciori salubris aurae tempori sese Dei praepotentis beneficio restitutos gauderent consuetaque conversationis civilis et mutua negotiorum commertia ultro citroque metu ulterioris ab infectione periculi pertractarent; ecce tibi iterum lues inopina anno praesenti virus inter homines suum exerere et intendere acrius accepit; unde spes quasi illudentes denuo versae sunt in funera deploranda. Hinc metus ingens pavorque, et cives ex urbe vix non omnes fere — quorum nonnuli quasi postliminio reversi, et proconsul uterque squallidum civitatis totius absentia sui conspectum cum consulibus — uno excepto — Georgio Szymanowski . . . . reliquit nulla procurata depressis infortunio ejusmodi civibus annona, nullis ad medendum constitutis chyrurgis, nullis more antiquo in sui locum juratis . . . Vidisses tunc alios inaedia strangulatos spiritus miserabiles exhalare, alios dolore confectos medicam per casas et tuguria opem implorare, qua destituti illico calamitosam vitam luctuosa quidem, sed potiori commutatione ad futuram immortalitatem transferre cogebantur . . . Vita functorum omnium per bina annorum spatia numeras ad septem millia et octuaginta personarum extendi creditur . . .“ W dalszym ciągu powiadamia nas dokument, iż radni miasta pouciekali i ile na dozorujących bramy miasta strażników wydanem ze skarbu miejskiego zostało. Kończy się zaś słowy o wałęsających się żołnierzach: „tum ob in cursum licentiosorum militum protunc circum circa passim debachantium, e quorum numero permulti succedentibus in locum ipsorum deinceps aliis ab eadem venenata contagione enecati e vivis decessere“. Według J. Łukaszewicza i akt kapitulnych miało zostać wprowadzone morowe powietrze do miasta przez żydów ze skórami w miesiącu październiku 1624 r., zatem nie panowała zaraza jak dokument poprzednio przytoczony powiada „per integrum fere anni anterioris curriculum“. — W Łukaszewicza „Obrazie hist. stat. m. Poznania“ czytamy pod rokiem 1625 o panującéj naówczas zarazie morowéj: „Uśmierzone w miesiącach zimowych powietrze morowe wybuchło znowu w lecie na przedmieściu św. Marcina, z tamtąd dostało się przedmieście św. Wojciecha, daléj na Chwaliszewo, Śródkę i Ostrowek, nareszcie w same mury miasta. W murach miasta umarło na nie przeszło 6000 ludzi, drugie tyle na powietrze i z głodu na przedmieściach. Z miasta wszyscy możniejsi pouciekali. Kanonicy zostawiwszy przy kościele katedralnym dwóch tylko księży a przeniósłszy jego skarbiec i aparata do kościoła Maryi Magdaleny w murach miasta, szukali schronienia po wsiach kapitulnych“. Daléj zaś czytamy: „w r. 1629 około św. Marcina szerzyło się w Poznaniu powietrze morowe. W murach miasta nie zrządziło ono tyle spustoszenia, albowiem tu zachowano większe niż zwykle ostrożności i znaczna część mieszkańców za pokazaniem się pierwszych śladów zarazy schroniła się do miejsc, których plaga ta jeszcze nie dotknęła . . . . (Akta miejskie i kapitulne). „Rok 1630. Powietrze morowe, które w miesiącach zimowych ustało, zaczęło się znowu w lecie pokazywać i trwało w Poznaniu aż do r. 1632, jednakże w przeciągu tego czasu były miesiące, w których ani jeden człowiek na nie nie umarł“. (J. Łukaszewicz „Obraz itd.“ II. 319). Dr. L. Gąsiorowski w swym „Zbiorze do wiadomości itd.“ II, str. 72 zdaniu temu ostatniemu przeciwstawia następujący ustęp wyjęty z akt kapituły poznańskiéj z roku 1630: „Nota occasione pestis, quae in hoc anno adeo saeviebat per totam Majorem Poloniam et Masoviam, ut vix reperiretur oppidum, aut villa, ubi si non virus pestilentiae, tamen suspicio vehemens pullulabant. Ex civitate Posnaniensi omnes fere cives metu pestis sunt effusi, qua propter remissius pestis saeviebat. In aliis autem locis innumerabiles homines peste et fame pereuntes, passim mortui jacebant. Erant qui prae nimia fame cadavera equorum et aliorum animalium comedebant et mox moriebantur“.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 kwietnia. Dwa sejmy krajów reprezentowanych w Radzie państwa, a mianowicie dolno-austryjacki i tyrolski, uchwaliły wezwać Rząd, aby przywrócił szkoły chirurgów. Rozumiemy żądanie sejmu tyrolskiego, ludność bowiem tameczna, zwłaszcza wiejska i uboga, już oddawna wzdycha za lekarzami niższéj kategoryi, t. j. za dawnymi t. zw. chirurgami, którzy zadowalając się mniejszem wynagrodzeniem, skorsi są do osiedlania się w okolicach górskich aniżeli doktorowie medycyny, którzy nadto, jako wykształceńsi i więcéj słusznie wymagający, mniéj przypadają do smaku górali, aniżeli t. zw. chirurdzy. Ale trudno pojąć żądanie sejmu dolno-austryjackiego, skoro mieszkańcy tego kraju, posiadając we Wiedniu znakomity i tak li-

cznie odwiedzany Wydział lekarski, na brak lekarzy skarżyć się nie mają powodu. Bądź jak bądź bardzo wątpimy, czy Rząd uwzględni żądanie tych Sejmów, bo przywrócenie szkół dla chirurgów byłoby cofnięciem się wstecz, skoro przeciwnie zniesienie tych szkół, przeprowadzone w całéj Monarchii od lat kilkunastu, było wynikiem przeświadczenia, że szkoły te nie odpowiadają wymogom tegoczesnym, że istnienie ich jest więc raczéj szkodliwem aniżeli pożytecznem.

* Na walnem zgromadzeniu lekarzy powiatowych w dniu 30 kwietnia r. b. obejmie Dr. Obtułowicz referat „O stanowisku lekarza powiatowego przy poborze wojskowym“.

Nadto byłoby rzeczą nader pożądaną, gdyby który z kolegów zechciał opracować referat: „o kasach powiatowych dla chorych i zebranem doświadczeniu pod tym względem“ i „o potrzebie zakładania szpitali powiatowych oraz o ich urządzeniu“.

Dotąd zgłosiło 18 kolegów swoje przybycie; upraszamy wszystkich kolegów o spieszne nadesłanie wiadomości o zamierzonem wzięciu udziału w zjeździe. Udział ze strony lekarzy miejskich, oraz lekarzy interesujących się sprawami hygijenicznemi naszego kraju, w charakterze gości zjazdu, będzie również nader pożądanym. *Dr. Obtułowicz.*

* Dowiadujemy się, że prof. patologii w Uniw. Jagiell. Dr. Adamkiewicz, bawiący od pół roku we Wiedniu, z powodu nadwątlonego zdrowia wniósł podanie o przeniesienie w stały stan spoczynku. Prof. Adamkiewicz nie powróci już do Krakowa zamierzając stale osiąść we Wiedniu i wykonywać tamże praktykę. Jedną z pierwszych czynności zatem Wydziału lek. naszego po rozpoczęciu wykładów półrocza letniego będzie zapewne, zarządzić zastępstwo na to półrocze, aby uczniowie nie byli pozbawieni możności korzystania z wykładów patologii ogólnéj, a następnie przedstawi Rządowi kandydatów, celem obsadzenia katedry opróżnionéj.

* Prof. Mars, który od lat kilku ordynował w czasie wakacyj letnich w Krynicy, tego roku dla stosunków familijnych do Krynicy nie wyjedzie i ordynować będzie w Krakowie. Publiczność krynicka nie będzie jednak pozbawioną specyjalisty, albowiem zastąpi tamże prof. Marsa Dr. Cercha, wieloletni asystent kliniki położniczo-ginekologicznéj krakowskiéj. W interesie chorych, wybierających się do Krynicy, upraszamy czasopisma lekarskie polskie o powtórzenie téj wiadomości.

* Magistrat król. stoł. m. Krakowa rozesłał wszystkim lekarzom praktykującym okólnik c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych w sprawie rozróżniania ospy wietrznéj od ospy i ospianki (*Varicella, Variola* i *Variolois*) i postępowania z dziećmi zapadłemi na ospę wietrzną oraz prowadzenia spisu urzędowego chorych na ospę wietrzną odrębnie od spisu chorych na ospę i łagodniejszych jéj postaci.

* W tygodniu 14-tym (od 3—9 kwietnia) było w Krakowie małżeństw 1, urodzeń 50, skonów 58, z tych z zapalenia płuc 13, z gruźlicy 11, z nieżytu żołądka i jelit 5, z dławca i błonicy 3.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 27 kwietnia o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). Porządek dzienny: 1) kol. prof. Gluziński mieć będzie dalszą część odczytu: „O blednicy i jéj leczeniu“; 2) kol. Trzebicky okaże i objaśni preparat z przepukliny uwięźniętéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się Ogłoszenie fabryki chemicznéj Knolla & Co. „o kodeinie“ oraz list prof. Dra Marsa.

MATTONI's GIESSHÜBLER

reinster alkalischer

SAUERBRUNN

2—18—6

Mattoniego Giesshübler, najczystsza szczawa alkaliczna, jest według zgodnych orzeczeń powag lekarskich jako środek silnie alkalizujący, skutecznym wobec tworzenia się nadmiaru kwasu w ustroju, w wszelkiego rodzaju nieżytowych cierpieniach narządu oddechowego i pokarmowego (nieżyt żołądka, zgaga, brak apetytu); wobec kaszlu lub chryp i, w tych wypadkach najlepiéj zmięszana z mlekiem. Szczególnie zaleca się użycie téj wody dla ozdrowieńców i dla dzieci.

Szczególne zalety wód Giesshüblerskich polegają na korzystnym składzie ich mineralnych części, na obecności nieznacznych ilości soli ziem. i siarkanów, przy przewadze dwuwęglanu sodowego, jakoteż na tem, że woda ta już z natury jest nasycona bezwodnikiem węglowym.

Dzięki wielkiéj ilości wolnego i związanego bezwodnika węglowego ma ta szczawa orzeźwiające działanie na ustrój ludzki i dlatego żaden napój nie przewyższa jéj w smaku i skuteczności jako napój orzeźwiający, stołowy. Nadaje się znakomicie do mięszania z winem, koniakiem i sokami owocowemi.

Giesshübler Matoniego jest w zapasie we wszystkich składach wód mineralnych, przesyła także bezpośrednio właściciel

HENRYK MATTONI Giesshübl-Puchstein koło Karlsbadu.

Francensbad. **Wiedeń.** Budapeszt.

Mattoniego zdrojowisko Giesshübl-Puchstein
koło Karlsbadu w Czechach.

Uzdrowisko, zdrojowisko i zakład wodoleczniczy. Leczenie pneumatyczne i za pomocą wcierań. Dla chorych nerwowych i piersiowych, dla ozdrowieńców, w nieżycie, gośćcu itd. — Prospekty bezpłatnie i franko rozsyła: *„Kur-Direction Giesshübl-Puchstein koło Karlsbadu.*

FRANCENSBAD

(w Czechach)

450 m. nad poziomem morza Bałtyckiego.

Bezpośrednie połączenie ze wszystkiemi głównemi miastami europejskiemi (pociągi kuryjerskie, wagony sypialne).

Sezon od I. Maja do I. Października.

Alkaliczno-glauberskie szczawy żelaziste od najsłabszych do najsilniejszych; źródła stalowe nie wywołujące zaburzeń żołądkowych; źródła litowe, kąpiele mineralne i stalowe w bezwodnik węglowy obfitujące, Kąpiele gazowe z bezwodnika węglowego; kąpiele błotne ze słynnego solno-żelazistego błota francensbadzkiego, które pod względem działania leczniczego przewyższa wszystkie inne błota (Frerichs-Seegen i t. d.).

Posiada cztery wzorowo urządzone zakłady kąpielowe, zakład wodoleczniczy, kąpiele rzymsko irlandzkie i parowe rosyjskie.

Wskazania: Niedokrewność, nieprawidłowy skład krwi, ogólne zboczenia w odżywieniu, nieżyty chroniczne wszystkich błon śluzowych, osłabienie siły trawienia, nawykowe zaparcie stolca, przewlekłe choroby nerwowe, przewlekłe wypociny, przewlekły gościec stawowy dna, choroby kobiece.

Dokładne prospekty bezpłatnie. 19—5—3

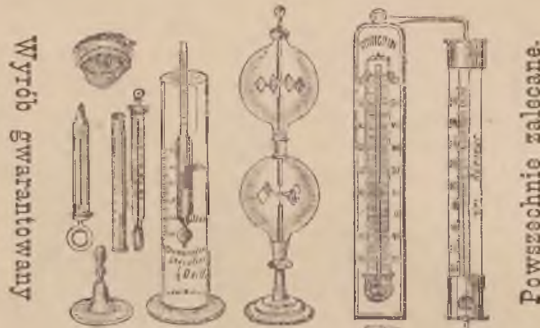
Wszelkich bliższych objaśnień udziela najchętniéj:

Zarząd kąpielowy „Bürgermeisteramt als Curverwaltung."

Ewald Hildebrand

WYRÓB INSTRUMENTÓW SZKLANYCH

Halle n. S.



Szkody powstałe w transporcie wynagradza.

Dr. Franciszek Kmietowicz

ordynuje jak w roku zeszłym

W KRYNICY

„pod Kosynierem". 45—5—2

Lysol

Rozpuszczalny w wodzie, środek odwietrzający i przeciwgnilny.



Marka ochronna.

Lysol znajduje zastosowanie w tych celach, w których dotąd używa się kw. karbolowego, sublimatu, kreoliny itd. szczególnie tam, gdzie tych ostatnich znieść nie można, n. p. na rękach.

Polecony przez pierwsze powagi.

Jego **skład** został na tegorocznym międzynar. Zjeździe higijenistów w Londynie za **najlepszy uznany.**

Używany z znakomitym skutkiem w największych i najznaczniejszych klinikach i szpitalach.

Lysol-Crudum w celach grubszéj desinfekcyi odwietrza i oczyszcza zarazem zastępując mydło.

Prospekty rozsyła: 7—13—5

Fabryka lysolu Schülke & Mayr

Wiedeń, III. Linke Bahngasse 5.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 30 Kwietnia 1892. Nr. 18.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 7 "	" 12 "
Kwartalnie:	" 2 " 20 "	" " " " $1\frac{1}{2}$ "	" $3\frac{1}{8}$ "	" 6 "

I. Z oddzialu chorób kiłowych c. k. radcy sanitarnego Dra Krówczyńskiego w szpitalu powszechnym lwowskim.

Leukoderma syphiliticum.

Podał
Dr. Uhma.

Rozpoznanie kiły wobec istniejących objawów choroby, najczęściéj w rozmaitych narządach równocześnie występujących, zazwyczaj łatwe, trudnem być może, gdy z jednego często bardzo znikomego objawu rozpoznawać wypadnie, a jest wręcz już niemożliwem w okresie utajenia, jeżeli wywiady sprawy nie wyjaśnią. Niestety chorzy kiłowi, bardzo często ze źle zrozumianego wstydu, nie przyznają się do choroby, a nawet jeżeli jéj objawy pierwotne w ogóle przeoczone być mogły, na wywiadach ujemnych nigdy nie powinniśmy się opierać. Ztąd też stały objaw zakażenia kiłowego, jaki przedstawia zmiana barwikowa skóry, opisywana pod nazwą *leukoderma*, zasługuje właśnie dla tego na szczególne uwzględnienie, że świadczy stanowczo o istniejącem zakażeniu kiłowem. Zarówno ginekolog, mający wytłumaczyć zjawisko nieżywo urodzonego dziecięcia lub poronienia, nie zawaha się upatrywać w kile jego przyczyny, choćby badana zapierała, że kiłę przebyła, jak i lekarz chorób ocznych bez wahania rozpozna chorobę oka jako kiłową, chociażby nic zresztą za tem nie przemawiało — jeżeli równocześnie odnajdą na szyi *leukoderma*.

Sprawa *leukoderma* nową nie jest, bo Szadek, który bardzo szczegółowo zebrał historyję jéj literatury, zapewnia, że już w pierwszéj połowie bieżącego stulecia Lagneau, Bonorden i Ingarden wspominali o tym objawie, zowiąc go *syphilis pigmentosa*. W każdym zaś razie Hardy w 1853 r. dokładnie już opisuje to cierpienie. Według jego spostrzeżeń między 4 a 12 miesiącem po zakażeniu kiłą występuje u kobiet i u mężczyzn o delikatnéj cerze bez świądu i bez bólu, nieznaczne, łatwe do przeoczenia, zabarwienie skóry. Są to plamy szarawe, jaśniejsze niż *pityriasis versicolor*, barwą do kawy mlecznéj podobne. Nie łuszczą się one, nie wznoszą ponad powierzchnię, zajmują przeważnie skórę szyi, a występują współcześnie z innemi wysypkami kiłowemi. Pillon w 1855 r. zauważył, że zabarwienie żółtawo brunatne tworzy na szyi rodzaj mozajki, poniekąd do sieci o większych i mniejszych, a jaśniejszych oczkach podobną. Zdaje się jednak, że powaga Didaya, który w tymże roku zaprzeczył swoistości téj zmiany, wpłynęło na puszczenie sprawy w niepamięć. Bo chociaż Tanturri w 1863 r. opisywał *leukoderma* jako zmianę swoistą i samoistną, a podawał nawet wyniki badań anatomo-patologicznych, według których barwik nieprawidłowo w miejscach ciemnych nagromadzony ma być przyczyną zjawiska, przecież dopiero od 1873 r. objaw rzeczony zaczyna sobie wyrabiać popularność.

Piszą wtedy o *syphilis pigmentosa* Lancereaux, i Fournier, który ją porównywa do plam występujących wśród ciąży. Późniéj Dymnicki przytacza dwa tego rodzaju spostrzeżenia w sprawozdaniu o chorych leczonych w Busku w r. 1875. Od czasu zaś, jak mnożą się doniesienia o téj zmianie, wyłania się też przypuszczenie, że nie ciemne lecz jasne raczéj miejsca jako chorobowo zmienione uważać należy. Obok dawniejszéj nazwy *syphilis pigmentosa* występuje nowa *leukoderma syphiliticum.*

Na istotę zmiany chorobowéj rozmaici autorowie różnie się zapatrują. I tak do utrzymujących, że ciemne zabarwienie jest chorobowem, należą między innymi:

Pirocchi przypisujący systemowi nerwowemu jużto nadmierne wytwarzanie, już też zmianę w jakości wytwarzanego barwika;

Gamberini, który przypuszcza, że krew w pierwszych okresach zakażenia kiłowego nabywa własności barwikorodnéj *(faculté chromatogène)* i barwik wytworzony w skórze osadza. Nawiasem dodam, że podobnemi nieco były dawniejsze zapatrywania Kaposiego.

Jullien przyrównywający tę zmianę do choroby Addisona;

Cornil i Mauriac wreszcie, którzy nie przypuszczają odbarwienia, chyba tam, gdzie po ustąpieniu wysypki grudkowéj zanikłe skutkiem zapalnego zbliznowacenia warstwy powierzchowne, zmniejszając światło naczyń krwionośnych, wydają się bielszemi niż skóra otoczenia.

Stronników nazwy *leukoderma syphiliticum* też nie mało. Spotykamy zaś między nimi odcienia równorzędne tym, jakie widzieliśmy u opisujących *syphilis pigmentosa*.

Bazin przeczy swoistości zmiany nie ustępującéj pod wpływem leczenia swoistego.

Fox i Taylor uważają *leukoderma* za zwyczajną *vitiligo*.

Sigmund i Zeissl pisząc o *syphilis pigmentosa* uznawali jedynie ciemniejsze zabarwienie skóry jako następstwo innych wysypek kiłowych. Podobnie według Neissera *leukoderma* powstaje tylko po wysypce grudkowéj. Zdaniem jego wśród zwiększonéj odnowy głębszych warstw przyskórka, a szybkiego złuszczania się powierzchownych, istniejący barwik zostaje zużyty, zanim świeży może się wytworzyć. Słuszną jednak Riehl zrobił uwagę, że w takich razach, podobnie jak po *insolatio*, mimo silniejszego łuszczenia przebarwienie raczéj powstawać zwykło.

Stosownie do zapatrywań Riehla kila w powstawaniu plam odbarwionych o tyle tylko odgrywa rolę, o ile wpływa na zaburzenia w odżywieniu ogólnem i na powstawanie nacieków. Ustępowanie nacieków ma być pobudką wessania barwika i wytwarzania się *leukoderma*. Skóra zaś kobiet, wrażliwsza na takie wpływy, czego dowodem byłoby osiadanie barwika wśród ciąży, częściéj bywa niem dotkniętą. Rdzennie rzecz nie różniłaby się od *vitiligo*.

Natomiast Poelchen, który widział *leukoderma* u 225 kobiet, a napotykał je tylko u kiłowych, uznaje swoistość zmiany. Tak samo Foechner. Przy badaniu 400 osób niekiłowych raz tylko napotkał zmiany leukodermatyczne. Była to prostytutka leczona w szpitalu z powodu kłykcin spiczastych, a bliższe zbadanie tejże *quoad luem* wykazało prócz powiększenia i stwardnienia gruczołów chłonnych w pachwinach, na karku i ponad przegubami łokciowemi łysienie.

Neumann, uważając podobnie jak Neisser *leukoderma* jako następstwo innych wysypek, opiera się w swéj teoryi na badaniach mikroskopowych Ehrmanna. Przypuszcza on komórki barwikonośne z wypustkami sięgającemi w przyskórek i wywolującemi zabarwienie skóry. W miejscach wysypki kiłowéj wypustki te, jego zdaniem, ulegają zniszczeniu. Wśród ustępowania wysypki i silnego łuszczenia warstwa przyskórka jest cienką, barwik skóry właściwéj przeświecając, tworzy plamę sinawą. W miarę zaś jak warstwa przyskórka od brzegów plamy ku jéj środkowi grubieje, widoczną ma być na tle skóry prawidłowéj plama biaława z środkiem sinawym, z dnia na dzień bielejącym — plama odpowiadająca przyskórkowi, w którym brak wypustek barwikonośnych.

Po za temi dwoma obozami istnieje trzecia grupa autorów, którzy dla równowagi i biało i bronzowo zabarwione miejsca uważają za zmienione chorobowo. Należy tu przed innymi Majew, podający nader szczegółowe wyniki bardzo dokładnych badań anatomo-patologicznych. Według niego warstwa Malpighiego w miejscach ciemnych jest zgrubiała i posiada nietylko w komórkach znacznie więcéj barwika niż prawidłowo, ale nadto w przestworach międzykomórkowych taki jego nadmiar, że ztąd aż wejrzenie siatki przybiera. W miejscach białych warstwa wspomniana jest zcieńczała, przejrzysta *membrana basillaris* zanikła, brodawki skóry właściwéj przypłaszczone i także częściowo zanikłe. — W pierwszym razie błona zewnętrzna naczyń (*adventitia*) trzy do czterech razy grubsza niż prawidłowo, śródbłonek obrzękły a światło naczynia znacznie zwężone. W drugim naczynia zanikłe przedstawiać się mają jedynie jako dichotomiczne rozgałęzienia młodéj tkanki łącznéj lub włóknistéj. Klinicznie według Majewa powstaje najprzód jednostajne bronzowe zabarwienie skóry. Późniéj na owem tle bronzowem występują plamy białe. W trzecim okresie plamy białe powiększają się coraz bardziéj, tło się wyjaśnia, a kiedy plamy zleją się z otoczeniem prawidłowem, skóra wpierw zajęta będzie miała znowu barwę prawidłową.

Łatwo spostrzedz niekonsekwencyję w wywodach Majewa, bo wśród wnioskowania autor zapewnia, że sprawę uważa za swoiste przewlekłe zapalenie naczyń krwionośnych, że skutkiem zapalnych zmian część naczyń zamkniętą zostaje dla dopływu krwi, że brodawki zanikają, że barwa się zatraca: plama biała pozostaje. Czemże się tedy dzieje, że gdy plamy białe — w miarę postępu procesu zapalnego powiększające się — zajmą całą przestrzeń, że gdy sprawa na całéj przestrzeni przejdzie w ów drugi okres zmiany włóknistéj pozapalnéj, nie powstaje jedna wielka plama, lecz ... skóra prawidłowa?

Szadek przypuszczający także przebarwienie tła, na którem plamy białe występują, w kwestyi etyologii zmienił nieco swe poglądy. Ogłaszając pierwsze swe spostrzeżenie, gdzie zauważył objawy nerwowe przed wystąpieniem *leukoderma* i symetryczne rozmieszczenie plam, wyraził on zdanie, że sprawa zależy, zdaje się, od zmian w rdzeniu. W późniejszych przypadkach objawów podrażnienia rdzenia nie widział, w przytoczonéj też rozprawce zowie rzecz: „wynikiem zmian w ośrodkach regulujących odżywienie danego miejsca skóry“.

Podobne zapatrywanie ogłosił Kaposi w roku ubiegłym. Pisze on, że *leukoderma syphilitcum* występuje często na miejscach, które poprzednio żadnem cierpieniem zajęte nie były, gdzie zatem warstwa Malpighiego jest prawidłową i ma takie same warunki nasiąkania barwikiem ze krwi wytwarzanym, jak części skóry sąsiedniéj. Przypisuje zatem — zwłaszcza gdy podobne zapatrywanie spostrzeżenia w innych cierpieniach nad istotą osiadania i zanikania barwika czynione do tego uprawniają — komórkom głębszych warstw przyskórka własność wytwarzania istoty podobnéj do hemoglobiny, a wywolującéj zabarwienie skóry. Własność tę nazywa on „*chromopoëtische Function*“ i czyni ją zależną od wpływów nerwowych, podobnie jak jest niem n. p. wytwarzanie śliny w śliniankach. (Dok. nast.)

II. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

Spostrzeżenie 2. *Carcinoma colloideum coeci*; *induratio inflammatoria textuum adnexorum permagna*; *ab-*

scessus, resectio, enterorrhaphia. L. Tytus, lat 67 b. obywatel ziemski, w Warszawie zamieszkały; od siedmiu lat zauważył guz z prawéj strony w brzuchu; ponieważ go nie bolał i był zaledwie wielkości orzecha, więc nie leczył się tem mniéj, gdy Dr. D., którego się radził, upewnił go że to tylko nagromadzenie się kału. Dopiero w jesieni roku z. guz zaniepokoił chorego, ponieważ znacznie się powiększył i zaczął sprawiać dolegliwości; teraz chory bał się radzić, aby nie usłyszeć czegoś niepomyśli i tak przetrwał, pomimo ciągłego acz wolnego wzrostu guza aż do Grudnia, kiedy nakoniec boleści dojmujące zmusiły go do szukania rady kol. Nussbauma, który podejrzywając cierpienie kiszki posłał go do kol. Jawdyńskiego. Chory jednak i tymrazem uląkł się zaproponowanéj bezzwłocznie operacyi i znowu poczekał, aż dojmujące bóle i niepomierny rozrost guza przynagliły go do udania się o pomoc. Wezwany 4 Lutego znalazłem człowieka średniego wzrostu, szczupléj budowy, chuderlawego, ze srebrzącemi się włosami, zresztą zdrowego wejrzenia, zahartowanego, nieco żółtawo-bladéj cery, ze słabym, jakby ochrypłym głosem, kaszlącego oddawna, mimo to oddającego się bez przerwy pracy biurowéj. Guz choremu dolega szczególniéj przy ruchach, skutkiem czego chory trzyma się sztywno. Z całą jasnością i dokładnością opowiada, że prócz boleści w samym guzie nic mu nie dokucza; nie ma on wymiotów, czkawki lub odbijania; ani także kruczenia, ruchów robaczkowych z napadami kolki lub gniecenia; ani rozwolnień przerywanych zaparciem po kilka dni trwającem, ani nigdy nie zauważył krwi, śluzu, ropy, lub czegoś niezwykłego. Oddawna ma stolec opieszały bez wydymania lub nagabywania bolesnego. Guz dawniéj był ruchomy, okrągły, niebolesny, dopiero od jesieni stał się nieprzesuwalnym i dotkliwym przy macaniu. Mocz oddaje swobodnie 2—3 razy na dobę. Kaszel ma oddawna. Łaknienie zawsze niezbyt żywe; żółtaczki nie przebywał.

Brzuch znalazłem dość napełnionym, dlatego też zaleciłem wodą gorzką opróżnić kiszki, a w parę dni potem znalazłem co następuje: Okolica prawego dołu biodrowego wypuklejsza od lewéj; przy macaniu przez niezmienioną skórę wyczuwa się guz gładki, twardy jak deska, płaski, zupełnie nieruchomy, sięgający, do *spina ant. sup.*, do więzu Pouparta, do smugi białéj, a ku górze do linii poprzecznie przeprowadzonéj przez pępek. Szczególniéj wyraźna granica lewa, gdzie nieco guz palcami można obejść; natomiast od góry niepodobna zająć guza palcami, ani go od kolca odsunąć. Przy opukiwaniu od góry między nim i wątrobą odgłos wyraźny, niski bębnisty; to samo z lewéj strony. Lecz co szczególniéj uderza to, że nawet przy lekkiem pukaniu po guzie niewątpliwie przebija odgłos bębnisty przytłumiony. Tymczasem ani śladu chełbotania lub uginania, nie ma też przesięku w jamie otrzewnéj. Przy siadaniu i kładzeniu się najdowodniéj wyczuć można, że guz jest za mięśniami brzucha, lecz zrośnięty ze ścianą tego ostatniego. Inne narządy zdrowe, prócz płuc, w których rozedma i zapalenie oskrzeli; jądro, powrózek nasienny, oraz gruczoły pachwinowe zdrowe; mocz według rozbioru kol. Mayzla prócz bardzo znacznego zwiększenia urobiliny nic szczególnego nie przedstawia; mocznika i kwasu moczowego mało, chlorków dużo. Kręgosłup żadnych zmian nie przedstawia, okolicy lędźwiowe elastyczne nie pozwalają guza wyprowadzać z nerki.

Natura guza najzupełniéj niejasna. Wykluczywszy kiszki, pęcherzyk żółciowy, wątrobę, nerkę, odźwiernik, sieć, powrózek nasienny, pozostałem przy rozpoznaniu: nowotwór złośliwy, bacząc na wiek, rak, zrośnięty ze ścianą brzucha lecz niewiadomo zkąd wyszły. Przeciw rakowi do pewnego stopnia przemawia długie trwanie i dobry stan odżywiania; przeciw wyjściu z kiszki ślepéj (jeżeli to rak), brak wszelkich objawów kiszkowych. Choć taka niepewność była bardzo uspakajającą, choremu przedstawiłem konieczność i to rychléj operacyi, po uprzedniem podleczeniu się z kaszlu i dobrem opróżnieniu kanału pokarmowego. Chory się zgodził, a gdy kaszel prawie zupełnie ustał i przewód pokarmowy należycie oczyszczony został d. 19 Lutego 1890 przy pomocy kol. Jasińskiego, Ciechomskiego i Oderfelda o 11-éj z rana przystąpiłem do operacyi, która należy do najcięższych jakie wykonałem dotychczas.

Tegoż dnia zauważyłem nietylko znaczny przyrost guza, lecz zarazem lekkie nacieczenie zapalne skóry, *oedema inflamm.*, które kazało przypuszczać gdzieś sprawę ropną, co przy niezmienionéj twardości guza jeszcze bardziéj wikłało sprawę rozpoznania.

Operacyja: Chory wybornie i łatwo uśpiony został chloroformem i to dużo dopomogło do swobodnego operowania. Cięcie poprowadziłem na zewnętrznym brzegu m. prostego prawego t. j. przez środek guza. Przeciąwszy skórę już pod nią widoczny był lekki obrzęk tkanki podskórnéj, a daléj rozścięgno (*aponeurosis*) m. skośnego zewn. zmienione, nasiąkłe, twarde; przeciąwszy i oddzieliwszy nieco na boki nie natrafiliśmy na włókna m. skośnego wewn. lecz znowu na warstwę jednorodnie nacieczoną, twardą, szarawą; odłuszczywszy nieco daléj na boki przecięte rozścięgna skośnego zewn. znalazłem w pewnem ograniczonem miejscu odpowiadającem górnej połowie guza chełbotanie. Aby się dostać do ogniska, musiałem przeciąć grubą na 1 ctm., nacieczoną szarą warstwę, w któréj ani pęczków mięsnych, ani rozścięgna, ani głębszych warstw ściany brzusznéj (m. *transversus, fascia, peritoneum*) nie można rozróżnić; ze zbiornika znajdującego się w każdym razie, o ile sądzić można, pod otrzewną, wypłynęła łyżka gęstéj, śmietanowatéj nieco cuchnącéj (ale nie kałem) ropy. Ściany ropnia pulchne, miękkie, ku dołowi wchodzi zgłębnik do krętego kanału idącego potem w głąb w kierunku dołu biodrowego. W tymże kierunku otworzyłem ten kanał, przecinając niezwykłe grubą, twardą jednolitą tkankę, lecz z powodu jej nierozciągliwości i sztywności okiem zajrzeć do dna kanału nie mogłem. Wprowadziwszy jednak palec, natrafiłem na pulchną rozrywającą się masę nie krwawiącą, nie cuchnącą kałem, któréj z łyżkę wydostałem obrywając ją palcem, a wtedy dostałem się czubkiem palca do jamy obszernéj, idącéj w kierunku na lewo, któréj końca dosiądz nie mogłem, ale w każdym razie przechodzącéj poza płaszczyznę pośrodkową ciała, czyli co na jedno wychodzi, poza granicę guza. Druga ręka położona na brzuchu wyczuwa koniec palca, siedzący w owéj jamie; tam daléj ta ostatnia posiada już ściany miękkie i gładkie. Gdy i to badanie nie dało wyjaśnienia, z czem mamy do czynienia, przedłużyłem rozcięcie guza ku górze, aż do jego granicy górnéj, a nadto poprowadziłem dwa cięcia poprzeczne, jedno na wewnątrz dochodzące (w skórze) aż do smugi białéj, drugie na zewnątrz aż do grzebienia biodrowego; tnąc rozdzielałem ciągle tkanki jakby nasiąkłe, twarde, niepodatne, podobne do sadłowatéj masy w *tumor albus* stawu kolanowego, nie spotykając ani śladu włókien mięsnych m. skośnego wewn. i poprzecznego brzucha; część boczna m. prostego brzucha prawego także zwyrodniona, lecz część odśrodkowa (medialna) zdrowa, dlatego jéj nie przecinałem. Tak przeciąwszy guz na cztery części, wreszcie ku górze i ku wewnątrz wyszedłem za jego granice i otworzyłem jamę otrzewnéj. Dodaję jeszcze, iż przecinając guz w poprzek, w grubości potężnych warstw jednolitych wytworzonych z rozścięgna, natrafiłem na drugi zbiornik ropy gęstéj, w ilości łyżeczki. Dopiero po otwarciu jamy otrzewnej udało się zoryjentować w położeniu, a mianowicie okazało się, że jamą ową, w którą po przecięciu guza wprowadziłem palec, była kiszka ślepa. Zaszedłszy tak daleko, byłem prawie zmuszony próbować wyciąć wszystko, choć wydawało się to niemożebnem zpowodu zrostów z dołem biodrowym, z więzem Pouparta, z siecią itd., trzymających guz i kiszkę tak mocno, że ani podobna było jéj poruszyć. Przedewszystkiem przystąpiłem do wycięcia obu wewnętrznych ćwierci guza rozćwiertowanego dwoma cięciami na cztery odcinki. Kiszki wysuwające się zasłonięto gąbkami. Potem z niezwykłym mozołem odciąłem obie ćwierci zewnętrzne, niedochodząc do granic nacieku, lecz krając w nim, przyszedłem bowiem do przekonania, że to nie może być nowotwór rakowy, któryby dał takie słoiste, jednolite, grube nacieczenia warstw ściany brzusz-

néj, z zachowaniem ich fizyjologicznéj warstwowości. Rak szerząc się, albo zwyradnia tkanki, nie zostawiając żadnych śladów ich granic, albo je rozpycha, a tu mieliśmy jakby zapalne, ale niezwykłe sadłowate zwyrodnienie warstw z wyraźnem zachowaniem ich sloistości. Po wycięciu tych ćwierci powstała otwarta jama k. ślepéj, wypełniona masą miękką, rozpadającą się, kruchą, niebardzo krwawiącą, niewzruszalnie zrosłą z dołem biodrowym, z siecią i z kiszką poprzeczną. Palec swobodnie wchodził w kanał kiszki zarówno ku wewnątrz (w jelito biodrowe) jak i ku górze (w kiszkę grubą wstępującą). Wtedy dzieląc na pęczki sieć i podwiązując je poodzielałem ją od kątnicy; w miejscu zrośnięcia i sieć była potężnie zgrubiała, twarda, na przekroju ziarnista z plamami lipochromu. Poprzecznicę również stopioną z kątnicą ogromną warstwą twardéj, lipochromem przetkanéj tkanki oddzieliłem nożem, rznąc jak najbliżéj ściany poprzecznicy ale zarazem starając się nie otworzyć jéj jamy.

Pozostawało teraz tylko wyciąć kiszkę.

W tym celu odstąpiwszy od guza w zdrowych częściach, podwiązałem jedwabną nitką *colon adscendens* niebardzo zaciągając nitkę; i zaraz kiszkę przeciąłem. To samo zrobiłem z ileum. Daléj oddzielając guz resp. zgrubiałą prawą ścianę *coeci*, odłuszczyłem ją od kolca biodrowego i od jednoimiennego dołu. Wreszcie obkluwając podwiązałem utworzoną krezkę k. ślepéj przeprowadzając pętlicę nitki poza wyczuwalnemi kilkoma gruczołkami wielkości fasoli, poczem guz resp. kątnicę odciąłem. Zeszycie końców jelita grubego z kiszką biodrową nie przedstawiało żadnéj trudności z powodu ogromnego przerostu ściany i powiększenia światła téj ostatniéj. I to było też dobrze dla szycia, że ściana okrężnicy wstępującéj była jędrna i gruba; szyło się więc jak przy wardze zajęczéj. Szew dwupiętrowy: pierwszy na błonę śluzową, drugi na inne warstwy. Przedtem spoiłem kreski obu odcinków kiszki ze sobą ponad kikutem (*stumpf*) odciętéj kreski k. ślepéj.

Zamknięcie jamy brzusznéj było ostatnim, ale bardzo trudnym aktem operacyi z powodu wielkiego defektu w ścianie brzusznéj, lub niepodatności, twardości brzegów. Toteż w części szwami zbliżyłem brzegi pociętego rozcięgna, a gdzie ono było wycięte — oczywiście samą skórę. W cięciu poprzecznem pozostawiłem rozpór długości 3 cm, przez który wprowadziłem pasek gazy jodoformowéj, dochodzący do zeszytego miejsca kiszki i do nasuniętego tu umyślnie odcinka poprzecznicy, który po odcięciu z powodu krwawienia został przypalony Pacquelinem. Jama otrzewnéj została dokladnie przed zaszyciem oczyszczona z krwi, skrzepów, cząstek guza oraz z napływającéj cieczy aseptycznéj.

Operacyja trwała 3 godziny; po obudzeniu chory nic nie wiedział, że operacyja już dokonana; tętno 100 mocne; chory wyżył dużo chloroformu.

Przebieg. Wieczorem prócz skargi na niewygodę z leżenia wynikającą na nic się nie żali; ból nieznaczny, t. 92, nie ma wymiotów; język wilgotny i czysty.

D. 20/II. z rana po $^1/_4$ gr. morfiny smacznie spał; t. 96 ciepłota 37·4°, dokucza tylko obcisły bandaż, ból tylko przy ruchach; kaszlu nie ma; mocz prawidłowy i w dostatecznéj ilości. Wieczorem: t. 112, c. 37·9° odbijanie i ból przy tem; na noc zastrzyknięto $^1/_4$ gr. morfiny, po któréj z przerwami spał dobrze; od czasu do czasu odbijanie się gazami i odlewanie się pitéj wody.

D. 21-go t. 110 c. 37·6°, *subsultus tendinum*, wyraźne zażółcenie całéj skóry i białkówek; język wilgotny i czysty; brak łaknienia; silne, częste, męczące odbijanie, szczególniej po wypiciu czegokolwiek. Brzuch mały, miękki niebolesny. Moczu dużo, czerwonawo żółto nasyconego. W ciągu dnia jedyna skarga chorego to męczące odbijanie; opatrunek zmieniłem cały, nie wyciągając jednak gazy z wnętrza rany. Jeden rożek z pomiędzy zeszytych czterech płatów poczerniał i przejdzie w zgorzel. Wieczorem c. 37·5°. Noc dobra po zastrzyknięciu morfiny, choć przerywana odbijaniem.

D. 22-go t. 108 c. 37°. Stan bez zmiany, tylko odbijanie częstsze i chory przez to niespokojniejszy; wiatry odchodzą przez odbyt; wieczorem c. 37°.

D. 23-go t. 108 c. 37° łaknienie, chory spokojniejszy; ciągłe odbijanie; przy zmianie opatrunku wyciągnąłem gazę z rany. Płaty wyglądają tak, jakgdyby miały zrosnąć się *per 1-mam*; nieco zaczerwienione; brzuch mały i niebolesny, tylko nad samym więzem Pouparta prawym szczególne bulgotanie przy naciskaniu i bolesność mocna; wyciągnięta gaza posiada niemiły zapach; podejrzenie, że gazy z kiszki przedostają się do najgłębszéj części rany, w którą był wsunięty koniec paska z gazy jodoformowéj. Po lewatywie obfite wiatry. O 1-éj w dzień opatrunek z powodu przesiąknięcia poprzedniego śmierdzącą wydzieliną; ramię zewnętrzne poprzecznego cięcia rozeszło się. Zaczerwienie płatów większe. Żółtość skóry bardzo znaczna; t. 108 *arhythmia*; język wilgotny i czysty. Ciągłe i męczące odbijanie. Podano sól karlsbadzką. Wieczorem c. 37·9° t. 111, chory niespokojny; odbijanie jest tak częste, że chorego brzuch faluje i trzęsie się bez przerwy; chory nie mogąc spokojnie ani pić, ani mówić, ani spać jest bardzo osłabiony. Zastrzyknięto $^1/_4$ morfiny.

25-go t. 112 c. 37·5°. Cztery obfite, cuchnące wypróżnienia. Nie będę opisywał dalszego przebiegu; dzień po dniu chory coraz więcéj je i pije; coraz lepiéj wygląda; żółtość ustępuje; wypróżnienia odbywają się prawidłowo, odbijanie po kilku dniach ustało. Co do rany, to chociaż w wydzielinie nie widać kału, chociaż nie ma zabarwienia żółcią, ani zapachu kałowego, lecz jest szczególnie smrodliwą i obfitą, tak że ranę przemywa się dwa razy dziennie. Pod wpływem téj wydzieliny owe opisane przy operacyi nacieczone tkanki łykowato zmienione przeszły w zgorzel, i wydzieliły się tak, że tylko ocalała skóra w granicach zeszytych płatów, które w znacznéj części rozeszły się tak, że widać zeszyte jelito Dopiero w końcu drugiego tygodnia wydzielina zaczęła mieć wyraźne zabarwienie żółciowe, tak że wątpliwości już nie ulegało, iż istnieje przetoka gdzieś w głębi rany. Mimo to wypróżnienia odbywają się prawidłowo przez odbyt i odchodzą tędy obfite wiatry. W trzecim tygodniu odzieliły się z pod ocalałéj skóry strzępy obumarłéj tkanki i rana zaczęła się zmniejszać, będąc pokrytą na całéj przestrzeni wyborną ziarniną. Stan ogólny chorego coraz lepszy, a łaknienie doskonałe. Zwolna zabliźniła się cała rana; chory w dwa miesiące po operacyi podniósł się i wrócił do swoich zajęć. Celem zapobieżenia wypinaniu się (*protrusio*) ścieńczałéj i bliznowatéj ściany brzusznéj chory stale nosi opaskę płócienną z grubym podkładem z waty. Pomimo przyrośnięcia zeszytéj kiszki do blizny, nigdy nie było zaburzeń w cyrkulacyi zawartości. Przez kilka miesięcy wyczuć było można przez cienką ścianę brzuszną twarde zgrubienie na poprzecznicy. Dnia 12 Maja 1891 przy badaniu znalazłem: stan ogólny świetny, cera zdrowa; łaknienie i wypróżnienia tak prawidłowe, jak chory dawno nie miewał; L. zajmuje się i pracuje jak zupełnie zdrowy człowiek; na brzuchu stale nosi opaskę zapobiegającą wypuklaniu się kiszek nie podtrzymywanych przez tęgą ścianę brzuszną, lecz bliznowato zmienioną i cienką. Stwardnienia na poprzecznicy ani śladu; nie wyczuwa się też wcale gruczołów lub guzów w okolicy byłéj operacyi w głębi dołu biodrowego, pomimo że badanie ścisłe jest możliwe z powodu cienkości ściany brzusznéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Stella-Sawicki: Pielęgnowanie chorych. Podręcznik dla dozorców i dozorczyń chorych w szpitalach powszechnych, Lwów 1892. Nakładem Wydziału Krajowego.

Według założenia podręcznik ten przeznaczony był dla ludzi bardzo skromnéj inteligencyi, na co i Wydział Krajowy w swojéj odezwie zwraca uwagę, a jednak przeczytawszy go muszę nadmienić, że wiele on zawiera szczegółów, które ani dla dozorców nie są potrzebne, ani przez nich nie będą należycie zrozumiane, a nieraz nawet lepiéj żeby i nie były stosowane. I tak na str. 18 radzi Dr. S. „przy używaniu środka wymiotnego, gdy już nastają nudności, dla przyspie-

szenia wymiotów potrzeba choremu podać do picia szklankę letniéj wody, albo kitą piórka podrażnić tylną część połyku.“ Sądzę, że manipulacyja ta zupełnie jest zbyteczną i nie powinna być przez dozorców stosowaną. Niepotrzebne też dla dozorcy i zbyteczne są uwagi, jak się ma odbywać mięsienie, jego rozmaite sposoby, bo z tego żaden dozorca nie będzie wiedział, jak to czynić, a w każdym razie czynność ta przynajmniéj w pierwszych kilku razach powinna się odbyć pod okiem lekarza, który najlepiéj wskaże dozorcy, jak ma to wykonać, a z drugiéj strony mięsienie wymagające nieraz pewnéj znajomości anatomii, nie należy powierzyć pierwszemu lepszemu dozorcy. Z antyseptyką nie zgadza się przepis na str. 28, ażeby po pijawkach na ranę przykładać gąbkę lub hubkę, bo do tego należy użyć gazy jodoformowéj, sublimatowéj lub choćby waty karbolowéj.

Ustęp o rodzajach kąpiel (str. 30, 31, 32 i 33) zupełnie mojem zdaniem zbyteczny, ani dozorca tego nie zrozumie, ani też ordynować takich kąpieli nie będzie. Do błędów zaś chyba już drukarskich zaliczyć muszę zdanie, że ciepłota normalna wieczorem „dochodzi do 37.5, a nawet 38°C.“ (str. 43).

Sądzę też, że żaden z chirurgów nie zgodziłby się na zdanie na str. 61 „że wata lub juta ze względów oszczędności w szpitalach, które nie są zanieczyszczone wydzieliną, mogą być użyte do następnych opatrunków na powierzchowne warstwy“, bo przez takie oszczędzenie można nieraz wywołać zbyteczne ropienie na ranie lub różę.

Również uwagi co do leczenia tyfusu kąpielami, dysenteryi lewatywami krochmalnemi z opium, są dla dozorców zbyteczne, a wprost niewykonalne są, niezrozumiałe przepisy o dezynfekcyi pokojów z przedmiotów po chorobach zakaźnych, bo cała ta manipulacyja wymaga specyjalnego obejścia się z tem i żaden dozorca ani nie potrzebuje tego wykonywać, ani też nie będzie w stanie dobrze to zrobić, trzymając się tylko przepisu podanego na str. 102. O pomocy w nagłych przypadkach pozwolę też sobie zrobić parę uwag. I tak czkawka nie należy do nagłych przypadków i grożących niebezpieczeństwem dla chorego, a w przypadkach duszności, która jak wiemy może pochodzić z wielu a wielu b. różnych przyczyn, może tylko lekarz zorjentować się, co na razie czynić wypada, ale nie prosty dozorca, a rada moczenia rąk i nóg w bardzo ciepłéj wodzie może nieraz tylko choremu zaszkodzić.

Nie mogę się też zgodzić, aby w tak zwanym przez autora przylewie krwi do głowy wolno było dozorcy postawić 8—12 pijawek za uszami (str. 110), bo to jest zabieg, który tylko lekarz może polecić, ale nigdy dozorca nie mający pojęcia o stanie chorego. Również i wypiekanie żelazem przy ukąszeniu jadowitéj muchy (str. 107), należy do rękoczynów dozorcy, a nie umiem już sobie wytłómaczyć rady posadzenia chorego do wanny z wodą okwaszoną octem przy ukąszeniu pszczół. Kiedyż dozorca spitalny będzie w potrzebie taką ordynacyję wydać? Opis zaś sztucznego oddychania jest tak niejasny, że żaden dozorca z tego się nic nie nauczy, a zresztą nikt sposobu sztucznego oddychania nie mógłby się nauczyć z teoryi nie mając sobie pokazanem przez lekarza.

Pomimo tych jednak nieznacznych usterek i niektórych omyłek językowych, książeczka ta zasługuje bardzo na uznanie i szerokie poparcie w kołach lekarskich i radzibyśmy ją widzieć w 2-giem poprawnem wydaniu jak najprędzéj w rękach każdego dozorcy szpitalnego, a przyznać należy, że szanowny autor oddał wielką przysługę społeczeństwu, wypełniając w naszem piśmiennictwie dawno odczuwaną przez lekarzy szpitalnych lukę. *Dr. J. Surzycki.*

Choroby oczne.

R. Hilbert: **Przyczynek do znajomości Kyanopii.**

Ze wszystkich rodzajów widzenia barwnego najczęstszem jest widzenie czerwono, o wielu już rzadszem widzenie żółto, a do największych rzadkości należy widzenie zielono, *Chloropia*, a zwłaszcza tak zwano *Kyanopia* czyli widzenie niebiesko. O jednym przypadku *Kyanopii* wspomina jeszcze w r. 1842. Szokalski, drugi opisał w r. 1885 Hirschberg; dotyczył on chorej, u któréj w rok po dokonanéj z powodu jaskry *iridektomii* wystąpiło nagle widzenie niebiesko, trwające kilka miesięcy, bez jakichkolwiek zmian wziernikiem dających się wykazać. W trzecim przypadku, opisanym przez Baasa (r. 1885) występowała co drugi dzień *Kyanopia* również bez zmian wziernikowych (prócz lekkiego przekrwienia tarczy i siatkówek) jako rodzaj *intermittens larvata*, a po użyciu chininy ustąpiła bez śladu. Czwarty przypadek, opisany przez Rosenthala, dotyczył młodéj dziewczyny, u któréj wystąpiła *Kyanopia* po zastosowaniu galwanokaustyki w jamie nosowéj.

Autor sam obserwował piąty tego rodzaju przypadek u robotnika, 57 lat liczącego, dotkniętego gruźlicą płuc i zapaleniem nerek. *Kyanopia* powstała u niego nagle, objawiając się w ten sposób, że wszystkie przedmioty widział otoczone obwódką, w dzień jasno niebieską, przy sztucznem świetle ciemniejszą, prawie barwy indychtu. Badanie ócz wykazało: bystrość wzroku 6/60, źrenice oddziaływają leniwo, wziernikiem wykazano lekką *retinitis*, którą można uważać za *ret. albuminurica*. Pole widzenia ze względu na osłabienie chorego nie badane. Kyanopia ustąpiła po 19 dniach równocześnie z polepszeniem ogólnego stanu pod wpływem leczenia, podczas gdy inne objawy ze strony ócz żadnéj nie uległy zmianie.

Na podstawie powyższych przypadków sądzi autor, iż *Kyanopię* jak każde widzenie barwne należy uważać za rodzaj halucynacyi, któréj przyczyna może być tylko centralna, a nie obwodowa. Takie pojmowanie cierpienia tego tłumaczy rzadkość *Kyanopii* i *Chloropii* w przeciwstawieniu do *Erythropii* i *Xanthopii;* wrażenia bowiem czerwonego i żółtego o wiele silniéj na mózg działają niż niebieskiego i zielonego, za czem przemawia też fakt obserwowany przez Preyera, Genzmera i Grant Allena, że dzieci najpierw, bo już w wieku kilku miesięcy, uczą się poznawać barwy czerwoną i żółtą, podczas gdy zdolności rozróżniania barwy niebieskiéj i zielonéj nabywają dopiero w drugim roku życia albo i późniéj. Zgadzają się z tem także wyniki badania czucia barw Magnusa u ludów dzikich, oraz doświadczenia Grabera, Lubbocka i innych na zwierzętach dokonywane. (*Arch. f. Augenheilk.* 1892. B. XXIV. H. 3.) *Dr. Langie.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 16 marca 1892.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 43.

1) Kol. Obaliński przedstawił chorą, lat 49 liczącą, która przybyła na oddział chirurg. szpit. św. Łazarza w d. 28 stycznia b. r. z przypadami niedrożności jelit, trwającemi od dni 6-ciu, chociaż brzuch jéj miał się zwiększać od roku. Badanie wykazało u kobiety bardzo wynędzniałéj osłabionéj, z tętnem nikłem, guz wielkości głowy mężczyzny w brzuchu, zresztą przy dotyku bardzo bolesnym. W przypuszczeniu, że przypady niedrożności powstały z powodu zapalenia otrzewny w skutek skręcenia szypuły torbielaka jajnikowego, przystąpił prof. Obaliński do laparotomii i rzeczywiście znalazł skręcenie szypuły, które sprowadziło zmiany w odżywieniu guza a następnie zapalenie otrzewny, która tak na guzie jak i na sąsiednich jelitach była ciemno-wiśniowo zabarwiona i włóknikiem pokryta. Po usunięciu guza, który okazywał już początki zgorzeli, wymyto jamę brzuszną wodą borową i zaszyto brzuch, nie przypuszczając, aby chora mogła utrzymać się przy życiu. Mimo tego chora miała się z każdym dniem coraz lepiéj. Dnia 5 lutego a więc w 7 dni po operacyi usunięto szwy głębokie, po skonstatowaniu zagojenia się rany *per primam.* W nocy z dnia 5 na 6 lutego chora wstała z łóżka i w przystępie jakiegoś obłędu czy też bólu, na który dotąd albo bardzo mało albo wcale się nie skarżyła, zerwała z siebie opatrunek wraz z resztą szwów tak, że brzegi rany się rozstąpiły a jelita na wierzch wyszły. Długość wypadniętego jelita mogła wynosić razem około 80 ctm., z czego na jedną pętlę największą przypadało przynajmniéj 35 ctm.; były one pokryte warstwą włókniaka a u podstawy swéj z brze-

giem otrzewny ściennéj w ranie brzusznéj sklejone. Ponieważ o repozycyi tychże nie było mowy, przeto pokryto je gazą jodoformową i watą. Po kilku dniach pokazały się na jelitach piękne granulacyje, które pokryto gazą posmarowaną maścią borową. Odtąd zaczęły się pętle zmniejszać tak, że obecnie można widzieć tylko płaską powierzchnię ranną wielkości talara, pokrytą piękną ziarniną. Prelegent, rozpatrzywszy się w literaturze, oświadcza, iż tego rodzaju przebiegu po wypadnięciu jelit nigdzie nie napotkał; a kładzie nań nacisk, gdyż zdolność tę jelit wypadniętych a ziarniną pokrytych do wciągnięcia się napowrót w głąb jamy brzusznéj możnaby w danym razie wyzyskać w celach leczniczych.

W dyskusyi zaznacza kol. Rydygier, iż zdarza się, że po laparotomii rany się rozchodzą, jak to miało miejsce w jego przypadku, gdzie 8 dnia przy stolcu jelita wypadły na zewnątrz, jelita zostały jednak wprowadzone. Mowca radzi kilka głębszych szwów zostawić dłużéj niż 8 dni.

2) Kol. Korczyński jako przewodniczący komisyi przemysłowéj okazuje a) proszek mięsny, wyrobu p. aptekarza Sobierajskiego, nie ustępujący w niczem przetworowi francuskiemu Roussa, a znacznie od tegoż tańszy, z wnioskiem, aby Tow. lek. zechciało polecić tenże przetwór. — Wniosek przyjęto.

b) Następnie odczytuje kol. prezes Ponikło wygotowany przez siebie referat o Jaszczurówce, jako odpowiedź na pismo nadesłane przez właściciela Jaszczurówki p. Uznańskiego, który prosi, by Tow. lek. zechciało rozpatrzeć, o ile uzdrowisko Jaszczurówka odpowiada wymaganiom lekarskim i w danym razie zechciało poprzeć jego usiłowania w celu udoskonalenia i podniesienia tegoż uzdrowiska. Kol. Korczyński wnosi, aby 1) referat kol. Ponikły dopiero co odczytany był w całości zamieszczony w „Przeglądzie Lek."; 2) aby Tow. lek. krak. udzieliło p. Uznańskiemu swego poparcia. Po krótkiéj dyskusyi, w któréj zabierali głos koll. Zarewicz i Rydygier, obydwa wnioski jednomyślnie uchwalono — przyczem kol. Korczyński wezwał kolegów, aby zechcieli w praktyce i Jaszczurówkę jako uzdrowisko uwzględniać.

3) Kol. Śliwiński przedstawia maszynki systemu Szpannera wyrobu p. Zielińskiego wraz z wnioskiem, aby Tow. lek. zaliczyło wyroby p. Zielińskiego w poczet wyrobów popieranych przez Tow. lek. krak. — Wniosek przyjęto.

4) Kol. Gluziński wygłosił I-szą część swego odczytu „o błednicy", odkładając dalszy ciąg do następnego posiedzenia z powodu spóźnionéj pory. Sekretarz *Dr. Jan Opieński.*

V. Zarazy nagminnie w Wielkopolsce panujące aż do roku 1800.

ZARYS HISTORYCZNY.

Napisał

Dr. Wacław Zaremba.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

Wedle akt kapitulnych podaje J. Łukaszewicz (Obraz, II, 321), iż w roku 1637 morowe powietrze panowało w Poznaniu, a również i Dr. L. Gąsiorowski (Zbiór wiadomości II, 73). W archiwum miejskiem o morze tym w oznaczonym roku wzmianki żadnéj nie znaleźliśmy; zdaje się zatem, że pomór tak bardzo gwałtownym nie był.

U Dra L. Gąsiorowskiego znajdujemy także wzmiankę, że w r. 1639 „gwałtowny był pomór w Poznaniu i Rogoźnie, jak świadczą akta kapituły poznańskiéj". O morze tym jednakże ani J. Łukaszewicz, ani zapiski archiwalne grodzkie nic nie wspominają. Ponieważ zaś, jak nas powiadamiają historyczne dzieła o mieście Gdańsku (Dr. Dann. *Topographie von Danzig* i Kurriken. *Beschreibung der Stadt Danzig*), zaraza tamże w r. 1639 groźnie panowała, być zatem może, że i do miast wielkopolskich, jak Poznań i Rogożno, przeniesioną została, bez przybierania wszakże szerszych rozmiarów.

Lata 1653 i 1654 zaznaczone były ciężkiemi klęskami dla Poznania i okolicy z powodu szerzącego się morowego powietrza. W aktach grodzkich, *Liber relationum*, czytamy: „Die Veneris decima octava Julii 1653. Hinc pestis Posnaniae grassari coepit et Judicia cessarunt et durabat ad diem Lunae 22 Decembris anni ejusdem". Według J. Łukaszewicza (Obraz II, 326) miała zaraza pokazać się w mieście w miesiącu lipcu, co też powyższy zapisek archiwalny potwierdza, i to pośród uczni szkół jezuickich, poczem dopiero i daléj pomiędzy mieszkańcami się rozpostarła. Mocniejsi pouciekali z miasta, a nawet archiwum grodzkie przeniesiono najpierw do miasta Obornika a potem do Buku. Mroźne powietrze zimowe stłumiło zarazę, lecz ta za nadejściem pory cieplejszéj letniéj znowu się odnowiła i to najpierw ukazując się w domu kanonika kapitulnego księdza Duczymińskiego. Przerażona kapituła wyniosła się z miasta coprędzéj; sam Duczymiński wyjechał do wsi Sarbinowa, lecz i tutaj dosięgła go choroba, na którą umarł 20 sierpnia. Dr. L. Gąsiorowski (Zbiór wiadomości itd. II, 76) podaje nam z r. 1652 następujące rozporządzenie policyjno-sanitarne, zapisane w aktach kapitulnych: „Pestis Posnaniae fit ordinatio ejusmodi: Praesidium totius summi constituitur canonicus Wolski, penes quem sit omnis potestas, regimen et cura omnium personarum cum Jurisdictione tam Dom. Officialis, quam Procuratoris Capitularis. Hic clausarum portarum curabit et custodes earum constituet, quaeque foramina murorum obturari faciet. Familiam dominorum superfluum amovebit, si quem infectum deprehenderit expellet et domum occludet et reliqua quo ad cultum divinum". Według akt tychże zaraza jeszcze i w r. 1655 w Poznaniu się szerzyła. Z odnalezionych zapisków archiwalnych widać, że zaraza ta i innych miast wielkopolskich nie oszczędziła. W aktach grodzkich kcyńskich, w księdze zatytułowanéj „*Protocolon relationum*" znajdujemy protokoł przesłuchania świadków w sprawie zaginionych pieniędzy skarbowych wniesionych do kościoła przez pana Bielickiego; tam zeznaje najpierw świadek Stanisław Offmann, że „w roku 1653, którego to powietrze się zaczęło w Kcyni", drugi świadek Tomasz Nawrocki powiada: „X. Commendarz y z drugiemi sługami kościelnemi podczas powietrza wymarli". Zapiski te znajdują się pod datą Sabbat. in Vigil. Festi Nativitatis. B. Mar. Virg. A. D. 1658.

W latach 1656 i 1657 najazd Szwedów a z nim idące w parze niezmierne zniszczenie kraju przyczyniło się nie mało do szerzenia się zaraźliwych chorób. Czy to było prawdziwe morowe powietrze, trudno dzisiaj rozstrzygać. Miasta niektóre jak Wilno, Warszawa, Gdańsk, a szczególniéj Toruń bardzo wiele ucierpiały; w Toruniu według podań niektórych autorów 10—15,000 ludzi miało zemrzeć, w Gdańsku 7569. Według Dra L. Gąsiorowskiego (Zbiór wiad. II, 77) i Poznań tą zarazą został nawiedzony w roku 1657 i wiele od niéj ucierpiał. J. Łukaszewicz zaś nie mówi nic o morowéj zarazie, zaznaczając jedynie, że „król Jan Kazimierz przybył w dniu 12 listopada do Poznania, gdzie zamyślał wraz z królową zimę przepędzić. Ponieważ jednakże po ciężkiem oblężeniu, ogołocony z ludności, zapchany nieczystościami różnego rodzaju, był zbyt niezdrowem miejscem, aby monarcha długo w niem mógł bawić. Wiele też osób z orszaku królewskiego, a wnet i sama królowa Ludwika na zdrowiu zapadła. Za radą tedy lekarzy przeniósł się król w lutym 1658 r. do Boguniewa pod Rogoźnem". W archiwum zaś *Liber relationum Bidgosciensium* znajdujemy testament „Generosae Burczyńska", w którym po wstępie urzędowym łacińskim stoi: „W Imię Ojca itd. Roku tysiącznego, sześćsetnego, piendziesiątego szóstego, przypatrzywszy się czasom tak dla powietrza iako y przez nieprzyjaciela wszędzie niebezpiecznym itd.".

W cztery lata późniéj, t. j. w latach 1661, 1662 i 1663, ziemie wielkopolskie znowu morowem powietrzem nawiedzone zostały. Współcześni pisarze zwali zarazę tę „*Lues hungarica*" (Dr. L. Gąsiorowski, Zbiór wiad. II, 78, J. Łukaszewicz, Obraz itd. II, 340). W zapiskach archiwalnych znajdujemy potwierdzenie panowania powietrza w Wielkopolsce. W aktach kcyńskich bowiem czytamy pod datą: Feria quarta ante Festum S. Margarethae Virg. prxma A. D.

1662 protokół w polskim języku spisany „Roku przeszłego (t. j. 1661) podczas powietrza w Kcyni Pan Bieganowski i t. d.“. Zdaje się jednakże, że zaraza ta nie odznaczała się zbytnią złośliwością, o przenoszeniu akt bowiem archiwalnych lub ucieczce mieszkańców, jak to zwykle podczas bardzo wielkiéj śmiertelności skutkiem zarazy morowéj się działo, nigdzie wzmianki nie znajdujemy.

Również milczą kroniki współczesne, czy zaraza i śmiertelność panująca w latach 1672, 1675, 1677 i 1678, podczas któréj Łęczyca, Lwów, Warszawa, Kraków dużo ludności postradały, i na Wielkopolskę się rozszerzyła.

W r. 1693 panowały w Bydgoszczy złośliwe febry (Dr. L. Gąsiorowski, Zbiór wiad. II, 81).

W czasie wojen szwedzkich z Augustem II a mianowicie od r. 1708 aż prawie do 1712 w ziemiach wielkopolskich morowe powietrze w najgorszéj swéj formie strasznie dało się we znaki. Pomór ten naówczas całą Polskę nawiedził, a według Dra L. Gąsiorowskiego (Zbiór wiad. II, 81) już w r. 1704 ukazał się najpierw w Niemirowie a daléj przez Wołyń, Podole, Ukrainę, Galicyję coraz daléj się rozszerzał. Z Krakowa przeniosła się zaraza w r. 1707 do ziemi sandomierskiéj, Mazowsza i Warszawy, gdzie w r. 1708 się ukazała, zabierając tutaj przeszło 30,000 ludzi. Tego roku w czerwcu ukazała się w Poznaniu. By zapobiedz szerzeniu się nadchodzącéj klęski, dnia 17 maja „na cmentarzu św. Wojciecha odkopano wieszczą niewiastę i głowę jéj ucięto“ (J. Łukaszewicz, Obraz, II, 366): widocznie jednakże radykalny ten środek niewiele skutkował, gdyż zaraza morowa niezadługo, bo już w Czerwcu wybuchła i do najjadowitszych należała; zmarło bowiem w samym Poznaniu 9008 ludzi. Posłuchajmy jednakże co nam zapiski archiwalne z tego czasu powiadają. A. Warschauer: *Chronik der Stadtschreiber von Posen*, pag. 124, podaje opis wyjęty z akt konsystorskich, z którego najważniejsze dla naszego przedmiotu miejsca tutaj przytaczamy. „Deus ter optimus maximus voluit, ut universum populum civitatis Posnaniensis et omnium ejus suburbiorum atque villarum pro peccatis e vivis deleret de factoque pestem tempore praesidii Suecici a diebus Septembris anni millesimi septingentesimi tertii huc usque nimis gravaminose existentis in lapideam famati olim Pauli Jęcik lanionis civis Posnaniensis, in platea Judaica certas inter vicinitates consistentem — quam post pristinum bellum Suecicum circa annum millesimum sexcentesimum quinquagesimum septimum simili peste primitus tetigerat — simili modo anno millesimo septingentesimo septimo tempore aestivo immisit (miejsce opisujące ucieczkę radnych i ich nazwiska opuszczamy) ... Permanentes autem in civitate eandem consequenter regentes atrocisssimo Proserpinae luis pestiferae veneno ita sunt necati, ut curribus quadrigis de civitate nudi proh dolor! — evecti miserrimeque hortis in variis, profanis locis et versus conventum Bernardinorum ad columnam imaginis sculptae salvatoris Christi miserrime per fossores sepulti in domino quiescunt absque numero, propalare fas est, nisi duo scabini viduae aliquot et ex pauperculis aliquantulum remansere, forum et plateae orphanae viduataeque tribulis et graminibus ignominiosis repleti, ecclesiae civitatenses vacuae, portae sine custode, campanae et horologia ubique rectore prostitutae manserunt. Sic Suecico praesidio depellato misericordia Dei suffragante ad finem hujus anni paullulum multifaria hominum nece dicte luis rabies dissipata est . . .“.

Morowe powietrze powoli i inne miasta wielkopolskie nawiedzało. W aktach grodzkich kcyńskich znajdujemy (Fol. 203) wielkiemi literami następującą adnotacyję wypisaną: „Pestilentia permissu Divino Kcynam invasit. Ideo ob subsecutam ejusmodi contagionem ad Villam Dobieszewo Protocollon transfertur. Feria tertia ante Festum S. Martini Pontificus prxa. A. D. 1709“. Widocznie jednakże zaraza wprzód w Poznaniu wybuchnąć musiała, gdyż interesenci do akt grodzkich w Kcyni się udawali; znajdujemy tam bowiem wzmiankę pod datą „Sabbatho ante F. Stae Mariae Magdalenae prxma. A. D. 1709. Quoniam sibi ad acta castriensia Posnaniensia ob grassantem protunc Posnaniae contagionem pestiferam aditus praeclusus est“. W roku 1710 zaraza jeszcze panować musiała, sądząc z zapisku w aktach kcyńskich Fol. 254 „Sub actu in Dobieszewo ob grassantem protunc Kcynae pestilentiam. Feria secunda post Dominicam cantate prxma. A. D 1710“.

Z innych miast wielkopolskich o Buku w archiwum także się wzmianka się znachodzi następująca: „Pszczewiae d. 36 Septem. 1711. Michael Barthol. Tarło Episcopus Posnaniensis domum ligneam . . . [1]) tum hortum . . . ad murum oppidi Buk iacentem post famatum olim Andream Szalczyk oppidamni Bukoviensis sine ullo legitimo successore grassante peste . . . . Famato Stan. Łowiński confert et dedit (*Act. consist. posn.*). Z Bydgoszczy dla panującego tamże gwałtownie powietrza morowego akta przeniesione zostały do wsi Borowna, jak nam zapisek archiwalny podaje pod datą „Feria quinta post Fest. Immacul. Conceptionis B. Mariae Virg. prxma. A. D. 1709. Actum in Villa Borowno ob grassantem in Castro Bidgosciensi pestem itd.“. O gwałtowności i srogości moru panującego w Bydgoszczy daje nam pojęcie następujący zapisek archiwalny w *Liber relationum Bidgosc.* Fol. 11 „Etenim prfati. Patres Carmelitae postquam Civitas praesens grassante in anno 1710 pestifera lue depopulata exstitisset et ita, ut vix exigua pars populi miserante Deo salva et derelicta exstitisset, fundique civiles maxime in suburbis civilibus vacui et deserti fuissent, tunc hortos civiles pomario suo adjacentes et contiguos . . . vi et violenter (non obstante civitatis oppositione) usurparunt et injuriose occuparunt“. Do jakiego zaś stopnia pomór na wsiach w niektórych okolicach panować musiał, poucza nas następujący akt grodzki z r. 1716 w Kcyni, gdzie odnośnie do zarazy w latach poprzednich panującéj, czytamy: „super subditos Pestilentia tanta ut in villa Grelewo tantum duo subditi superstites remanserint“ (Akt. kcyńskie Nr. 55, Fol. 80). Niemniéj ciekawy dokument świadczący o niezmiernéj zaraźliwości panującego naówczas moru znajdujemy w aktach kcyńskich pod datą Feria quarta p. F. Visitationis Btissimae Mariae Virginis prxma. A. D. 1713. Jest to skarga Pani z Mycielskich Radzimińskiéj naprzeciwko kanonikowi gnieźnieńskiemu ks. Waleryjanowi Wilczyńskiemu, któremu dobra Szczepice i Roztrembowo w dzierżawę puszczone były. Czytamy tam ustęp następujący „(dobra te) z gruntu spustoszył y do ostatniey ruiny przywiódł, kiedy naprzód w r. 1710 przyjąwszy szlachcica niegdy Świętey Pamięci Imć Pana Girzyńskiégo już zapowietrzonego do wsi Roztrembowa y tam w spichlerzu Dworskim dawszy mu złożenie nie uważał na to, że już był zarażony, który na tymże mieyscu wymarł Samoszost, to jest z żoną y czeladzią tamże y Ksiądz Zakonnik z Kcyni, którego mieli przy sobie dla dyspozycyi umarł, potem Poddani tychże Dóbr zaraziwszy się wymarło Ludzi circiter osiemdziesiąć, także też Imć Pan Młodzianowski Podstarości na ten czas Szczepicki, z ramienia Imć Xdza Kanonika osadzony, przyjąwszy do Dworu szczepickiego do iednego Alkierza szewca ze Kcyni zapowietrzonego, któremu najpierwey dziewczyna umarła y zakopał ią skrycie zaraz przed komorą gdzie Poddanych ruchomości różnych niemało było pochowanych przed Żołnierzami, ci tedy ludzie postrzegłszy iż tenże Rzemieśnik zarażony, poczęli się wynosić y ztąd zapowietrzywszy się niemało wymarło . . .“.

Niezmiernie ważny przyczynek do zapoznania się z istotą i przebiegiem dżumy panującéj w Wielkopolsce w r. 1704 stanowi manuskrypt archiwalny pod tytułem:

„Bericht wegen der Lissnischen Pest 1704“.

Pamiętnik ten napisany jest w języku niemieckim przez niewiadomego autora, ówczesnego mieszkańca miasta Leszna. Zaczyna się od słów: „Die Zuchtruthe des gerechten Gottes ist schon viele Jahre her sehr schwer über unseren gelieb ten vaterlande Pohlen gewesen“. Autor przemawia najpierw w tonie kaznodziejskim, za co Bóg grzeszników karze, a potem zaraz przechodzi do klęsk, jakie miasto Leszno przechodzić musiało, jako karę za grzechy swych mieszkańców, z powodu wojny okropnéj „durch welchen sie bedränget,

[1]) opuszczone jako nie należące do rzeczy.

geängstet, geplündert, verwüstet, endlich jämmerlich zerstöret und in einem gerechten rachfeuer gäntzlich verheret und der erden gleich gemacht worden“. Pomimo tych klęsk jednakże ludność nie bardzo się poprawiła, ponieważ autor znowu się skarży na wiele wyuzdanych przestępstw a szczególniéj na uciskb iednych i przychodzi do opisu ostatniéj plagi na nieszczęsne miasto spuszczonéj. Ustęp ten odnośny podajemy ze zachowaniem stylu i pisowni ówczesnéj.

„Hier mit liess Gott Seinen gespannten Bogen endlich Loos und von dem selben die garstigen Pfeile der Pestilenz abfliegen. Den anfang machte der gerechte Gott damit im monaht Julio 1709 und brach das übel ordentlich aus d. 25. Jul. durch einen alarm der von d. Juden gemacht wurd. Sie kahmen nehmlich früh vor Dags mit grossen haufen und vielen wehklagend in die häuser der becker und andere Proviantverkaufs ein gedrungen und kauften allen Proviant auss, dehn sie bekommen konnten, wobey sie es offenbahr machten, dass diese nacht unterschiedene unter ihnen an der Pest gestorben wären. Es mocht wohl schon einige Zeit unter ihnen das übel verborgen gestecht haben, jetzt aber konnte es nicht mehr verhelet werden. Dieser allarmi verursachte eine ungemeine Bestür und alteration, die nicht leicht mit der feder zu beschreiben ist. Es war diese nachricht wegen eingerissener Pest einem jedweden gleichsam ein Todes Bohte da wegen der vielen täglichen verkehrung mit den Juden, jeder fürchtete dass er auch schon das Übel an sich haben würde. Ein Theil zerstreute sich bald an die Bisher noch grössere benachbahrte örter: und da der löbl. Magistrat emsig rathes pflog wie durch Gottes Gnade den weiten einreissen möchte vorgebeuget werden: absonderlich wie benötigte Lebensmittel möchten angeschaffet werden, begaben sich einige davon auch in das benachbahrte Schlesien umb aldort gebührende anstalt zu verproviantirung der Stadt machen zu können: einige blieben in der Stadt umb in der selben alles nötige zu veranstalten. Sobald das gerücht dass in Lissa sich die Contagion geäussert, erschollen, war alle auch Communication mit benachbahrten Orten auf einmahl abgeschnitten und die einwohner der Stadt in ungemeiner Angst und Schrecken. Der löbl. Magistrat wandte alle mögliche Sorgfalt an, die bey solchen umbständen erfordert wird. Weil zu anfang nichts unter den Christen als nur Juden gespüret worden, hoffte man, wenn diese von den Christen sich absondern und aus der Stadt aus ziehen würden, es würde sich das Übel verliehren, es wurden dem nach die Juden veranlasset, wie sie dann auch selbst darumb ersuchten, aus der Stadt sich zu begeben. Die Zugangs zu den gassen, da sie gewohnet wurden, bewachet, und die Christen die in dieser gegend wohneten, obliegiret sich in ihren Häusern an zuhalten, da ihnen dann alles benötige herbeygeschaffet würde. Es wurden auch andere Zusammenkünfte (die in den Kirchen anfangs aus genommen, in denen man Gott täglich umb Barmhertzigkeit angeflehet hat) aufgehoben, damit nicht einer von dem anderen inficiret werden möchte, alle Praecaution aber wollte nichts helfen und wurden anfangs die Christenhäuser die unter den Juden wohnungen stunden bald auch gar schnell alle gassen der gantzen Stadt ergriffen. Ehe sich das Übel noch so sehr ausbreitete, wurden vor der Stadt Pest hütten aussersetzet, und die inficirten in die selben gebracht, und mit allen, sowohl unterhalt als medicamenten wohl verpfleget. Die gassen in welchen viele häuser inficiret wurden gesperret, gehalts damit die inficirten sich nicht unter gesunde mängen mochten, und wurden desshalb wie vor diesen, also absonderlich jetzt fleissig wache gehalten, aber weil der herr die Stadt nicht bewachte, so wachten die wächter umbsonst. Die Contagion riss so geschwind und so haftig in allen gassen ein, dass dadurch alle von Menschen gemachten ordnung und anstalt verwirret wurd und konnt nicht mehr verhindert werden dass die Menschen nicht alle ohne unterscheid unter einander hätten laufen sollen, wodurch das Übel in der Stadt allgemein wurd. Der ordentliche Gottesdienst wurde bis in d. September hineingehalten und anstalt gemacht, dass die inficirten sich zu hause halten möchten, als aber unterschiedene auch unter währenden Gottesdienst krank worden und in kurtzer Zeit hernach gestorben, wodurch ein gross Schreken unter den leüten in der Kirche verursachet worden, bestund der Magistrat vor nötig auch die öffentlichen Zusammenkünfte in den Kirchen und auch den publ. Gottesdienst eine Zeit lang einzustellen, in hoffnung die gottl. Magt würde dieses nicht zurechnen, welches nicht geschah aus verachtung des theüren dienstes des herren, sondern aus einer Sorge die Menschen desto länger zum dienst Gottes erhalten zu können. Weil aber der wütenden Plage nicht zu steüren war, so sorgte der Magistrat wie aus Schlesien und von andern orthen her, da alle Zufahr zu der Stadt aufhörte, benötigte Lebensmittel nächstens angeschaffet werden und jeder auch mit artzneymitteln könnte versehen werden. An der Menschlich Sorge fehlte es nicht: aber der erzürnte Gott wollte keinen Segen darzu geben, darumb starben die Menschen häufig weg und war der Jammer unbeschreiblich.

Im Monaht Julio starben sie nur eintzeln oder einige des Tages, doch auch nicht alle tage. Bis in die helfte Augusti starben täglich einige drunter oder drüber 10, die andere helfte Augusti biss 20 und drüber. Im Monaht September zwischen 20, 30 und 40, bisweilen nahe biss 50. Die grosse helfte Octobris ebenso, die grösste Zahl der verstorbenen war den 12 octob. da ihrer gestorben 54. Die andere helfte Octobris nahm es ab und kahm zwischen 30 und 20, zwischen 20 und 10. Die helfte Novembris zwischen 20 und 10, die letzte kleinste helfte zwischen 15 und 7. Die helfte Decembris zwischen 8 und 3, die andere helfte zwischen 7 und 1. Im Januar 1710 starben dann und wann oder etliche aber nicht täglich und mit dem Februar hörte diese schwere Plage durch Gottes Erbarmen meistens auf. Wie wohl in disem und auch einigen folgenden Monathen noch zuweilen einige, die sich verpester Sachen und des unzeitigen Erbens nicht enthalten, können sich unvorsichtiger weise angestecket und gestorben. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 kwietnia. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krakowskiego w dniu 27 kwietnia odbytem 1) kol. przewodniczący Poniklo powitał i przedstawił Towarzystwu obecnego na posiedzeniu Dra Wacława Zarębę z Poznańskiego. 2) kol. Gluziński miał dalszą część odczytu „o błednicy i jéj leczeniu“, w któréj omówił i krytycznie objaśnił poszczególne formy przebiegu téj choroby, illustrując rzecz licznemi przypadkami chorobowemi przez siebie spostrzeganemi, nadto uzasadnił właściwe i racyjonalne sposoby leczenia w różnych formach. W dyskusyi kol. Korczyński podał pokrótce wyniki swoich spostrzeżeń i badań klinicznych błednicy, dołączając kilka uwag co do etyjologi i leczenia. 3) Kol. Trzebicky okazał preparat z przepukliny udowéj uwięźniętéj, a reponowanéj pomiędzy warstwy ściany brzusznéj. W dyskusyi zabierali głos. kol. Obaliński i prelegent.

* Wydział lekarski U. J. na posiedzeniu swem, odbytem d. 26 kwietnia, otrzymawszy polecenie od W. Ministerstwa oświaty o urządzenie zastępstwa w półroczu letniem za prof. Adamkiewicza, który, jak już donieśliśmy, podał prośbę o przeniesienie w stały stan spoczynku, uchwalił jednogłośnie zaprosić prof. Gluzińskiego, aby objął wykłady patologii ogólnéj i doświadczalnéj w półroczu tem. Na temże posiedzeniu Wydział zamianował Dra Jana Raczyńskiego asystentem przy klinice chorób dzieci na 2 lata; wreszcie w skutek podania Dra Wincentego Łepkowskiego, b. asystenta przy klinice chirurgicznéj, obecnie bawiącego w Berlinie, o nadanie mu *veniae legendi* z dentystyki, wyznaczył dwóch referentów do rozpatrzenia rozprawy habilitacyjnéj przez niego przedłożonéj.

* *St. Petersb. Med. Woch.* donosi, że niejaka p. Sitkiewiczowa, pierwsza, która w Cesarstwie rosyjskiem uzyskała stopień prowizora farmacyi, podała o dozwolenie otwarcia apteki w Warszawie, w któréj tylko kobiety jako praktykantki mają znaleźć pomieszczenie, oraz o koncesyję dla założenia szkoły,

w której młode dziewczęta mają się przygotować do egzaminu praktykantek.

* Rud. Pizzala, fabrykant preparatów chemiczno-farmaceutycznych w Lincu, rozesłał pismo, które wydał z powodu upłynięcia dziesięciu lat od chwili wprowadzenia w użycie jego wyciągów peptonianu żelazowego (*Eisenpeptonat-Essenz*). W piśmie tem podaje, że zaletą jego wyciągu jest to, że bez zmiany ulega łatwo wessaniu, gdyż otrzymane jest działaniem soku kw. solnego i pepsyny na białko i żelazo. P. ofiaruje dla szpitali, klinik i innych zakładów wielkie ilości do doświadczeń, lekarzom praktycznym mniejsze ilości jako próby.

* W tygodniu 15-tym (od 10—15 kwietnia) było w Krakowie małżeństw 3, urodzeń 62, skonów 62, z tych z zapalenia płuc 15, z gruźlicy 13, z nieżytu żołądka i jelit 7, z dławca i błonicy 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Docent prywatny wiedeński Dr. Wilhelm Czermak mianowany nadzwyczajnym prof. okulistyki w Insbruku, a Dr. Filip Biedert, starszy lekarz szpitalny w Hagenau w Alzacyi, mianowany profesorem chorób dzieci również w Insbruku; prof. nadzw. w Marburgu Dr. Teodor Rumpf otrzymał posadę dyrektora nowego szpitala powszechnego w Hamburgu. — Prof. Löffler w Gryfii na wezwanie rządu udał się do Grecyi celem wytępienia myszy za pomocą odkrytego przez siebie lasecznika typhi murium. — Prof. Langendorff w Królewcu mianowany został zwyczajnym profesorem fizyjologii w Rostoku, jako następca zmarłego prof. Auberta.

* **Odznaczenie.** Dr. Władysław Jasiński, radzca cesarski, lekarz domowy w domu karnym we Lwowie, otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.

* **Zmarli:** w Monachium nestor tamecznego Wydziału lek. prof. Dr. Franciszek Seitz, licząc lat 81, a w Londynie znany oftalmolog sir William Bowman, urodzony w r. 1816.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 4 maja o godzinie 6-tej wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). Porządek dzienny: 1) kol. Jakubowski okaże nowy ulepszony przyrząd prof. Soxhleta do sterylizowania mleka z dołączeniem wyników badań poczynionych tym przyrządem wspólnie z kol. Ponikłą. 2) Tymczasowe doniesienie o wynikach leczenia cukrzycy, za pomocą benzozolu (z kliniki lekarskiej) przez kol. Piątkowskiego. 3) Kol. Browicz i Obaliński okażą preparat makroskopowy z przypadku przedstawionego przez kol. Obalińskiego na posiedzeniu Tow. z dnia 7 kwietnia, a później przez tegoż operowanego. 4) Kol. Pieniążek przedstawi przypadek chorobowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Wystawa przyrodniczo-lekarska w Krakowie 1891

wielki medal srebrny

za kapsułki i perełki lecznicze „Hygea".

Towarzystwo lekarskie krakowskie Komisyi przemyslowo lekarskiéj L. 384.

Do Wielmożnego Pana magistra farmacyi

Maryjana Zahradnika, aptekarza w Jeziernie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwalą z dnia 8 kwietnia b. r. powziętą na wniosek swéj komisyi przemysłowo-lekarskiéj orzekło, że kapsułki i perełki przez Wgo Pana wyrabiane, a już poprzednio uchwałami z d. 4 grudnia 1888 i z d. 12 lipca 1890 polecone, czynią zaszczyt krajowemu przemysłowi aptekarskiemu. Zarówno czystością i dobrocią leków, jakoteż dokładnością dawek i starannością wykonania, a wreszcie bardzo umiarkowaną ceną, odróżniają się one nader korzystnie od bardzo wielu podobnych wyrobów zagranicznych.

To też Tow. lekarskie krakowskie uznaje kapsułki i perełki WPana, zawierające w sobie leki w rozmaitych dawkach jako przetwory godne polecenia i rozpowszechnienia.

Tow. lek. krak. upoważnia WPana do używania na swych wyrobach napisu: „**Kapsułki i perełki** polecone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie".

Kraków dnia 10 kwietnia 1891.

Prezes Tow. lek. krak. **Prof. Dr. Gluziński** Przewodniczący kom. przem. Tow. lek. kr. **Prof. Dr. Korczyński.**

Za sekretarza kom. przem.-lek. **Dr. Skrzyński.** 16–x–2

IWONICZ

Zakład zdrojowo - kąpielowy

Szczawy alkal. słono - jodo - bromowe.

Skuteczne w chorobach skrofulicznych, skórnych, syfilitycznych, reumatyzmie, nieżytach błon śluzowych, zapaleniach stawów, okostny i w rozlicznych chorobach kobiecych.

Kąpiele mineralne o niewyczerpanéj obfitości, borowinowe, tuszowe i basenowe. — Mleko, żętyca, inhalatoryjum. Znakomita górska stacyja klimatyczna. — Urządzenia postępowe, oświetlenie elektryczne. — Pora kąpielowa podzielona na 3 sezony od 20-go Maja do końca Września. Mieszkania w 1-szym i ostatnim sezonie tańsze.

Lekarze ordyn.: **Dr. Kl. Dębicki** zakładowy i Dr. **Kazimierz Kaden.**

Składy wody, soli i ługu (na kąpiele domowe) w głównych aptekach i handlach wód mineralnych.

Prospekty rozseła *Dyrekcyja.* 48—6—2

Księgarnia Teodora Paprockiego i S-ki

w Warszawie, Nowy Świat Nr. 41

otrzymała na skład główny: 46–3–3

Podręcznik farmakologii klinicznéj

dla użytku lekarzy i studentów.

Napisał Dr. Franc. Penzoldt, spolszczył Dr. Alek. Fabian.

Cena rs. 3, z przesyłką rs. 3.30: wysyłamy także za zaliczeniem pocztowem.

Księgarnia E. Wende i Spółki

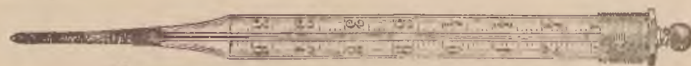
w Warszawie, Krakowskie przedmieście Nr. 9,

otrzymała na skład główny: 52—3—2

Cybulski, N., Prof. Dr.: Fizyologia człowieka

Część II. — Cena kop. 75.

Wydanie z zapomogi kasy imienia Dra J. Mianowskiego.



Minuten-Aerzte-Maxima-Thermometer

aus Jenaer Normalglas! Scala roth belegt, erleichtert das Ablesen.

Termometr najpewniejszy w swoim rodzaju, w 2 minutach użyć go można do rozpoznania, każdy z osobna dokładnie wypróbowany, w eleg. oprawach niklowych lub etui skórzanych, z świadectwem badania, pod gwarancyją, rozsyła franco za opłatą lub pobraniem 2,50 mrk.

WILHELM UEBE, Zerbst, Anhalt. 39–10–3

Andrzéj Saxlehner, Budapeszt, c. i k. dostawca nadw.

»Hunyadi János«

Saxlehnera

— Uznana. — Pewna. —

Woda Gorzka

Zalety Saxlehnera wody Hunyadi János

według orzeczenia powag lekarskich:

szybkie, pewne, łagodne działanie.

Nawet po dłuższem stosowaniu znakomicie ją znosi przewód pokarmowy. — Łagodny, przyjemny smak. — Trwałe, jednostajne i nieustające działanie. — Mała dawka.

Celem uchronienia od w błąd wprowadzającego naśladowania należy żądać 5–53–17

»Saxlehnera wody gorzkiéj«.



pierwszy c. k. koncesyonowany i subwencyonowany przez W. Ministerstwo

Zakład szczepienia krowianki

w Wiedniu, Alserstr. 18.

Rozsyła codziennie świeżą krowiankę.

Za przyjmowanie limfy ręczy się.

Etui z przyborami do szczepienia

po cenach kosztów własnych, mniejsze 5 złr., większe 6 złr. 28—17—4

Po influenzy

pozostałe nieżytowe stany zadrażnienia i zboczenia nerwowe, jak również świeże i zastarzałe nieżyty dróg oddechowych najszybciéj usunąć można przez 32—5—5

Wodę Gleichenberską ze źródła Konstantyna.

Dla dzieci i wrażliwszych osób nadaje się

Woda Gleichenberska ze źródła Emmy.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 7 Maja 1892. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères;

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z zakładu fizyjologicznego w Berlinie (oddziału histologicznego prof. Fritscha).

Przyczynek do histologii zębiny z podaniem nowéj metody sporządzania preparatów z zębów i kości.

Podał

Dr. W. Łepkowski,

b. asystent klin. chirurg. Uniw. Jagiell.

Anatomija drobnowidowa zębów i kości stanowi dział nie łatwy i nie dość przystępny do badania ze względu na twardość materyjału. Szkliwo, którego twardość porównywają z apatytem i zębowina, która pod względem twardości drugie w organizmie ludzkim zajmuje miejsce, podobnie jak kość tylko przez szlifowanie dają preparat, mogący nas pouczyć o ich budowie. Szlifowanie jest to mozolna i wielkiéj wprawy wymagająca robota, ułatwiona wprawdzie przez różnego rodzaju przyrządy, jednak zawsze jest jednym z najtrudniejszych rękoczynów techniki histologicznéj. Czy obraz ten, jaki przedstawia szlif zęba lub kości daje dostateczny przegląd jego budowy? — na to w samem wejrzieniu tego rodzaju preparatów mamy dostateczną odpowiedź.

Ogólnie przyjęta metoda szlifowania, dokładnie opisana przez prof. Buscha, jest następująca: Trze się płytę zęba lub kości na głazikach, początkowo przytrzymując je korkiem, a potem na matowem szkle poleruje się jedną stronę preparatu tak dokładnie, żeby na każdem miejscu połysk politury dawała. Otrzymany szlif przytwierdza się do szkiełka przedmiotowego za pomocą ogrzanego balsamu kanadyjskiego do 110—120° C., który oziębiony tak twardnieje, że zeszlifowuje się wraz z preparatem, którego grubość kontroluje się przez odwrotną stronę szkła.

Metody téj, jakkolwiek powszechnie uważanéj za najlepszą, próbowałem kilkakrotnie, jednak nigdy nie otrzymałem preparatów téj cienkości i delikatności, jaką może na dłuższéj i mozolniejszéj ale pewniejszéj dostawałem drodze, przytrzymując preparat wprost palcami.

Główny nacisk w tym dziale techniki histologicznéj kładli badacze na to, ażeby na szlifie uwidocznić kanaliki i w tym celu różni różne podawali metody.

Ranvier[1]) podaje metodę za pomocą imbibicyi błękitu aniliny, barwienia kanalików kostnych. Zimmermann, asystent prof. Waldeyera, opisał przed trzema laty metodę, według któréj robił szlify z kości, a następnie barwił je zgęszczonemi alkoholowemi rozczynami fuksyny przez gotowanie. Nadmiar fuksyny z preparatu usunąwszy, przemywał w 80% alkoholu i w ten sposób otrzymywał preparaty z zabarwionemi kanalikami kostnemi.

Podobną pracę robiono w ostatnich czasach z azotanem srebrowym, a w zakładzie histologicznym prof. Fritscha pokazywał mi docent dr. Benda także podobnie azotanem srebrowym przez prof. Spinę zabarwione kanaliki kostne.

Metody te stosowano tylko do kości, nie próbując ich wcale do badania histologicznego zębów. Być może, że dałyby się one zastosować i w tym kierunku. Mają one jednak tą ogromną wadę, że kombinują szlifowanie z barwieniem, pozwalając w ten sposób po długiéj i mozolnéj pracy otrzymać zaledwie jeden preparat.

Drugi dział preparatów z kości i zębów stanowią preparaty cięte po odwapnieniu materyjału.

Do odwapnienia używano kwasów mineralnych, jak azotowego, solnego, to z domieszką gliceryny, soli kuchennéj dla lepszego zachowania całego materyjału, to kwasu octowego, chromowego, a w ostatnich czasach używano w Ameryce kwasu mlekowego. Przy postępowaniu tem ząb pozostaje wprawdzie miękkim, zdatnym do krajania, szkliwo jednak nader bogate w części nieorganiczne rozpuszcza się całkowicie tak, że tylko zębina i cement zawierające więcéj części organicznych badać można. Jeżeli się chce dokładnie zachować budowę zęba, trzeba odwapniać rozczynami słabszemi, co trwa dnie, tygodnie a czasem nawet miesiące. Zresztą preparaty te bynajmniéj nie dają zadowalających

[1]) *Traité technique d'histologie.* Paris 1875, str. 453.

rezultatów. Przez czas bowiem tak długi odwapnienia tkanka ta pod wpływem kwasu tak długo na nią działającego zmienić się znacznie musi i nie daje bynajmniéj dostatecznego przeglądu, chociaż zabarwić ją można. Metody zaś wyż wspomniane Ranviera, Zimmermanna i metoda z azotanem srebrowym dają wprawdzie ładne obrazy, jednak można otrzymać z mozołem tylko pojedyncze preparaty. O ile mi się zdaje metoda, którąby przyspieszyła odwapnienie i równocześnie zabarwiła i tkankę, w tym dziale histologii jest chyba pożądaną.

Pracując w laboratoryjum prof. Fritscha w Berlinie próbowałem metod, któreby mi pozwoliły uwidocznić unerwienie zębiny. Niestety jak dotąd rzecz nie udała się, jednakowoż posłużyła mi do podania metody sporządzania preparatów z zębów i kości, odpowiadającéj wyżéj wymienionym warunkom. Włożywszy ząb w całości do Ranvierowskiego płynu, składającego się z dziewięciu części 1% wodnego roczynu chlorku złota i jednéj części kwasu mrówkowego, zauważyłem, że ząb ten po 24 godzinach nabrał prócz szkliwa barwy brązowéj od złożonego na nim złota metalicznego i że powierzchnia jego to jest cement mniej lub więcéj na głębokość do 1/2 mm. była odwapnioną i z łatwością igłą przebić się dawała. Ponieważ kwas mrówkowy szybko rozpuszcza węglan wapniowy, jak się o tem przekonałem w laboratoryjum chemicznem, zrobiłem jak następuje:

Wziąwszy na 6 części 1% wodnego roczynu chlorku złota 3 części kwasu mrówkowego czystego, wyciąłem piłką ręczną kilka płytek grubości 1/2—3/4 mm. i takowe do płynu tego na 24 godzin włożyłem. Po tym czasie płytki były korkowato twarde, bardzo dobrze brzytwą krajać się dające, a pod drobnowidem wśród złogów metalicznego złota rysowały się zabarwione kanaliki. Po przemyciu wodą destylowaną, chcąc dostać jaśniejszy obraz, zredukowałem złoto za radą docenta Dra Bendy, mięszaniną gumy arabskiéj z gliceryną, gdzie płytki leżały przez 21 godzin, a po przemyciu po raz drugi wodą destylowaną, a następnie alkoholem w celoidynie lub parafinie takowe krajałem. Pod drobnowidem na tle różowawéj zębiny kanaliki zębowe bardzo ładnie jako zabarwione się przedstawiały. Nim jednak pozwolę sobie przedstawić obraz otrzymanych preparatów i nasuwających się z nich uwag na dotychczasowy pogląd histologii zębiny, zwrócić muszę uwagę na inną okoliczność. Właściwie dokładnie barwią się zęby świeże, dopiero co wyrwane, których tkanka jest żywą, mniéj zaś dobrze, częściowo tylko, to jest w miejscach, gdzie tkanka jeszcze zupełnie nie zaschła, barwią się zęby dawniéj wyrwane i wysuszone. Grubsze, niż 3/4 mm. płytki nie odwapniają się na wskroś, stanowiąc potem trudność przy krajaniu.

Takie samo postępowanie, jakie zastosowałem co do zębów, i przy kości bardzo dobre dawało rezultaty, barwiąc dokładnie i odwapniając płytki kostne w przeciągu 24 godzin. Samym 1% roczynem chlorku złota próbowałem, naśladując Zimmermanna, barwić cienkie szlify, muszę jednak powiedzieć, że praca ta, jakkolwiek daje także zabarwione preparaty, jednakże zabarwienie to nie jest dokładne, a postępowanie całe mozolne. Ząb włożony do czystego kwasu mrówkowego w przeciągu 24—48 godzin odwapnia się w zupełności, a robione z niego preparaty bynajmniéj nie ustępują tym, które tygodniami leżą w kwasie solnym lub azotowym.

Sądząc, że wyż podana metoda ma pewne dla histologii zębów i kości znaczenie usuwając techniczne trudności, pozwolę sobie pokrótce zreferować to, co na preparatach zębiny spostrzedz się jak dotąd dawało.

Do roku 1678, to jest do chwili ukazania się pracy Leeuwenhoeka, zębina była uważaną za masę zbitą pozbawioną struktury. Wspomniany autor pierwszy wykazał, że składa się ona z kanalików, które późniéj dopiero Purkinje, Fränkel i Retzius opisali. Ostatnią pracę w tym kierunku znajdujemy w podręczniku dentystycznym Juliusza Scheffa jun.[1]), napisaną przez prof. Ebnera, w któréj tenże z całą ścisłością zestawia dotyczącą literaturę. Długi czas panowało pewnego rodzaju zamięszanie w pojęciu, czem właściwie są kanaliki zębowe i uważano je za złogi wapniowe, które w przepuszczającem świetle rysowały się jako czarna nitka. W roku 1836 Linderer w swoim podręczniku opisuje je jako zwapniałe włókna. Aż do roku 1850 trwało to zapatrywanie, pierwszymi, którzy, jak podaje Ebner, płynną treść w kanalikach przypuszczali, byli J. Tomes, Todd-Bowman i Lessing. Przypuszczenie to utrzymuje się do dziś dnia, chociaż są tacy, którzy opierając się na perłowo macicznym połysku zeszlifowanego zęba, twierdzą, że zawartością kanalików zębowych jest tylko powietrze, zapominając o tem, że ten właśnie perłowo-maciczny połysk dentyny jest dowodem niczego więcéj jak tylko przebiegu kanalików, które się zakrzywiają, równolegle ponad sobą przebiegając. Zakrzywienia te mają miejsce szczególniéj w korzeniu i w podręcznikach znane są pod nazwą linij Schregerowskich. Że jednak kanaliki zębowe tego jedwabistego połysku same wywołać nie mogą, zwraca na to uwagę Ebner, powołując się na preparaty szlifowane, wygotowane lub wyżarzone, na których przecież połysku się nie widzi, mimo, że kanaliki dokładnie obserwować można. O ile mi się zdaje, nie jest to zjawisko jakieś nadzwyczajne, bo jak połysk ów jedwabisty jest zjawiskiem czysto optycznem, tak znika ono przez gotowanie lub żarzenie, gdyż się zmienić muszą warunki przeświecania, jakkolwiek materyja pozostaje tą samą. Co się tyczy przebiegu samych kanalików zębowych, to opisuje je Ebner w pracy swojéj, która jako przegląd krytyczny całéj literatury a zarazem wyczerpujące skreślenie anatomii drobnowidowéj zęba, uważaną być musi za najlepszą, jaką nowoczesna histologija wydała. Mogę więc, o ile mi się zdaje, odsyłając co się tyczy obszerniejszéj literatury i źródeł do rozprawy Ebnera, opuścić tę całą masę książek, prac, podręczników, rozpraw i rozprawek, które w chronologicznym porządku znajdują się u Ebnera, z uwzględnieniem wszystkich języków i najdrobniejszych wzmianek.

(Dokończenie nastąpi).

II. Uwagi nad leczeniem w Sanatoryjach dla chorych na gruźlicę płuc.

Napisał

Dr. M. Jaworski,

profesor w Uniwersytecie Jagiell.

Ze spostrzeżeń anatomo-patologicznych wiemy, że zabliźnienie pojedynczych ognisk gruźliczych w płucach nie należy do rzadkości. Z autorów rozporządzających większym

[1]) *Handbuch der Zahnheilkunde, herausg. von Dr. Julius Scheff.* Wien 1891, str. 251.

materyjałem przytoczyć należy Bollingera, który na 400 zwłokach znalazł 69 razy blizny w płucach. Heitler zaś zebrał 16562 przypadki sekcyjne, z których w 789 (liczących od 10—105 lat) znaleziono zabliźnienia ognisk gruźliczych w płucach, a między temi były nawet 3 przypadki, w których nastąpiło wyleczenie gruźlicy prosówkowéj. Doświadczenia jednak z praktyki szpitalnéj, jakoteż próby lecznicze ze wszystkiemi od najdawniejszych aż do najnowszych czasów zachwalanemi środkami jako swoiste przeciw gruźlicy, wydały tak niezadowalające wyniki, że przez pewien czas ogólne panowało mniemanie między lekarzami, że gruźlica płuca, skoro daje się wykazać objawami fizycznemi jest choroba nieuleczną. Przypadki zaś wrzekomych wyleczeń, jakie w praktyce ambulatoryjnéj tu i owdzie spostrzegano, uważano, albo jako biało kruki, albo za pomylki rozpoznawcze. W czasie tego ogólnie panującego zdania w świecie lekarskim postawił Brehmer w r. 1853 w swéj rozprawie twierdzenie: „Tuberculosis pulmonum primis in stadiis semper sanabilis"; a w r. 1856 usiłował takowe praktycznie na podstawie dyetetyczno-higienicznego leczenia w osobnym zakładzie w Görbersdorfie wykazań. Tym sposobem odnowił zapatrywanie Hippokratesa (460—377 r. przed Chr.), który dla wyleczenia początkujących przypadków suchot płucnych polecał pobyt w zdrowych miejscowościach i regularne życie dyetetyczne.

Założenie osobnego zakładu dla robotników przez Brehmera miało najprzód ten najważniejszy wynik, że przez obserwacyję kliniczną zostało stwierdzone, że pewna ilość przypadków gruźlicy płuc przy sprzyjających warunkach zostaje wyleczoną. Za inicyjatywą Brehmera rozpoczęto budować także i w innych miejscach podobne zakłady, w których stwierdzono wyniki podane przez Brehmera. Spostrzeżenia wykazały również, że na suchoty płucne można korzystnie działać tylko pośrednio, a to przez nadmierne żywienie i ciągły pobyt na świeżem powietrzu. W ostatnim kierunku nastąpił wkrótce postęp w leczeniu zakładowem, gdy zaczęto budować zakłady w ten sposób, aby chorzy mogli przepędzać jak najdłużéj na zacisznych werandach w stosownie urządzonych podłużnych stołkach na wolnem powietrzu (*Freiluftcur*) niezależnie od pogody i pory roku, jak się to obecnie praktykuje w zakładzie Dettweilera we Falkenstein, w sanatorium Turbana w Davos, w zakładzie Meissnera w Honnef.

Wyniki leczenia zakładowego przedstawiają się dotąd w następujący sposób:

Liczbę uleczonych suchotników bez względu na okres choroby podają:

Brehmer ze zakładu w Görbersdorf na 21·6%
Dettweiler z Falkenstein . . . na 24·2%
Turban ze sanatorium w Davos . na 47·0% [1])

Wyników tych nie można jeszcze nazwać zadowalającemi. Przedstawiają się one jednak o wiele korzystniéj, jeżeli obliczymy tylko przypadki wyleczeń w początkach rozwoju choroby. Dla pierwszego okresu suchot płucnych podają następujące odsetki wyleczeń:

Brehmer . . . . 59·2%
Dettweiler-Meissner . 99·0%
Turban . . . . 94·0%

[1]) Znaczna część przypadków uzdrowień ze Sanatoryjum Turbana znaną mnie jest z własnéj obserwacyi.

Są to już wyniki pokaźne, bardzo zachęcające do przeprowadzenia leczenia zakładowego suchot płucnych. Udało się je jednak osiągnąć dopiero po wprowadzeniu w zastosowanie wszystkich możliwych czynników dyetycznych, higijenicznych i pomocniczych lekarskich, jakiemi obecnie wiedza nasza rozporządza i to stosowane pod ciągłym nadzorem lekarskim. Tego rodzaju korzystnych warunków nie znajduje chory ani w domu, ani też puszczony na życie hotelowe do tak zwanych uzdrojowisk klimatycznych. Jaśniéj się ta sprawa przedstawi, jeżeli kolejno przejdziemy szczegóły ważniejsze, na jakich się opiera zakładowe leczenie suchotników.

Sanatorium buduje się w okolicy znanéj z korzystnych warunków klimatycznych w miejscu zacisznem, o ile możności zasłoniętem od wiatrów, zdala od osad ludzkich i dróg publicznych, w kierunku ku południu, tak aby mieszkania chorych do słońca były zwrócone. Przy budowie hoteli przeważają względy na frekwencyję liczną i urocze widoki. To też najlepsze hotele stoją w miejscu najwięcéj zaludnionem (w centrum miejcowości), na skrzyżowaniu kilku dróg, gdzie największy ruch panuje. Plac budowlany wyzyskuje się o ile możnosci tak, że pokoje mieszkalne bywają urządzone i na północnéj stronie, gdzie nigdy promyk słońca nie dojdzie. Chory przyszedłszy do uzdrojowiska, nieznając się na wymogach higijenicznych, obiera hotel zewnętrznie najwspanialszy leżący w środku miejscowości, gdzie zwykle największy pył i dym powietrze zanieczyszczają i wynajmuje pokój bez względu na jego położenie, kierując się najczęściéj pięknym widokiem, a nie słońcem.

Hotel dba więcéj o okazałość zewnętrzną aniżeli o wymogi higijeniczne: kurytarze i pokoje obija i wyściela dywanami i tkaninami, w które zarazki chorobowe najliczniéj chwytać się mogą; urządzenia wentylacyjne żadne lub niewystarczające, gdyż chodzi o to, aby pokój małą ilością paliwa dał się ogrzać. W takich hotelach przybierających niestety często zwodniczą nazwę kurhauzów, osoby niezakażone jeszcze laseccznikami gruźliczemi, mogą tylko takowych nabyć, zwłaszcza że hotele nie posiadają przyrządów dezinfekcyjnych, w których podejrzane przedmioty, jak to bywa w sanatoryjach, mogłyby być odrażane. A zresztą trudno wymagać od właściciela hotelu, aby miał znajomość bakteryjologii i ocenił w każdym pojedynczym przypadku możliwość zakażenia przez podejrzany przedmiot. W sanatoryjach urządzenie i umeblowanie mieszkań bywa jak najprostsze, aby takowe o ile możności najdokładniéj oczyścić się dały. Wszystkie podejrzane przedmioty idą do desinfektora. Pokój po opuszczeniu go przez lokatora ulega desinfekcyi, tak że osoby zdrowe towarzyszące chorym jakoteż profilaktycy w dobrze prowadzonem sanatoryjum są bezpieczniejsi przed zakażeniem, niż np. my w naszych mieszkaniach w mieście. Ilu to suchotników mogło zamieszkiwać przed nami nasz pokój dotąd ani razu nie odrażany!

Przypatrzmy się jeszcze bliżéj życiu chorych w sanatoryjach a w hotelach. Kierownik sanatoryjum wie, że rękojmią dobrych wyników leczniczych jest dobre i nadmiarowe żywienie chorego, że suchotnik cierpi zwykle na brak łaknienia; dlatego w sanatoryjach podaje się jedzenie obficie często i w znacznym wyborze. Lekarz będąc równocześnie z chorymi przy stole wgląda, czy dostatecznie się żywią, opornych zachęca do jadła, ewentualnie zmienia dyetę, podaje środki do zwiększenia łaknienia i tp. Tak np. w bardzo dobrze prowadzonem sanatoryjum Turbana w Davos

otrzymują chorzy zawsze pożywienie bez ograniczenia ilości *ad libitum* 6 razy dziennie: śniadanie o g. 7—8; drugie śniadanie o g. 10$^{1}/_{2}$, obiad o g. 1 składający się ze zupy, trzech różnych pieczeni z najrozmaitszemi przystawkami, leguminy i owoców; podwieczorek o g. 4; kolacyję o g. 7 składającą się ze zupy, jednego mięsa ciepłego a drugiego zimnego z przystawkami i kompotem; o g. 9 wieczór jeszcze dowolna ilość mleka do picia przez noc. W obec podniecającego wpływu powietrza alpejskiego chorzy tamtejszego sanatoryjum doprowadzają w jedzeniu do kolosalnych ilości. Mianowicie szybka utrata pary wodnéj przez płuca i skórę, pod tamtejszem nizkiem ciśnieniem barometrycznem (609—640 mm.) wywołuje znaczne pragnienie i zwiększenie wessania w przewodzie pokarmowym, przez co chorzy z początku mogą wypijać dziennie 10—12 szklanek mleka, to też przybytki na ciężarze w niedługim stosunkowo czasie bywają tam u wielu chorych znaczne, wynoszące 30—40 ft. Hotel nie potrzebuje się w takim stopniu oglądać na żywienie gości, gdyż właściciel hotelu nie odpowiada za wynik leczenia, a chory przypisze niekorzystny wynik leczenia raczéj lekarzowi, którego się radził, lub powietrzu zlemu, aniżeli niestosownemu żywieniu hotelowemu. Nadto podają w hotelach jedzenie tylko trzy razy dziennie, a w pierwszorzędnych zwłaszcza tak zwanych kurhauzach podział jest tak niestosowny, że główny obiad przypada na godzinę szóstą lub siódmą wieczorem, t. j. w czasie kiedy chorzy mają podwyższoną ciepłotę i brak łaknienia największy.

Racyjonalne używanie wolnego powietrza jest drugim ważnym czynnikiem w leczeniu gruźlicy płuc. Każde uzdrowisko klimatyczne ma swoje właściwości miejscowe: posiada pewne wiatry, które wpływają niekorzystnie na narząd oddechowy, pewne miejsca i drogi od przewiewów i zimna mniéj lub więcéj zasłonięte, pewne godziny dnia korzystne dla pobytu na wolnem powietrzu itp. O tych jak i o wielu innych na pozór drobnych rzeczach chory przybywszy po pierwszy raz na miejsce do hotelu nic nie wie, a tę niewiadomość, jeżeli nie jest oględny, już w pierwszych dniach pogorszeniem swego stanu zdrowia opłaca. W zakładzie lekarz na samym wstępie nietylko zwróci uwagę na te wszystkie niedogodności; ale nadto zbadawszy stan choroby wskaże choremu dokładnie czy, gdzie, jak daleko, jak długo ma przebywać w powietrzu, a mając chorego każdéj chwili pod okiem może stosownie do zmiany pogody i stanu choroby swoje wskazówki zmieniać. W zakładach zaś, które rozporządzają urządzeniami do pobytu na wolnem powietrzu (*Freiluftcur*), a o których na początku wzmianka była, używa chory powietrza świeżego dłużéj, niż w jakimkolwiek hotelu, bo przez cały dzień prawie niezależnie od pogody i pory roku.

Wielu chorych ma pewne właściwości i nawyczki niehigieniczne, szkodliwie działające na przebieg choroby. Jeden ubiera się zbyt lekko, zwłaszcza kobiety, wychodzi bez względu czy dla niego powietrze korzystne czy nie, jednem słowem przecenia swój stan zdrowia; — inny znów przeciwnie ubiera się bez potrzeby za ciepło, lęka się najlżejszego przewiewu powietrza, na samo wspomnienie o zimnie lub wietrze dostaje kaszlu lub kłócia. Bywają znów chorzy, którzy całemi dniami zamiast na wolnem powietrzu, przebywają przeważnie w pokoju zajęci albo jakąś pracą, albo bez potrzeby cały dzień przepędzają w łóżku. Inni znów do późnéj nocy czuwają, a rano, kiedy powietrze jest najświeższe do południa sypiają. Tego rodzaju rozmaite nawyknienia niehigieniczne usuwa tylko pedagogika ciągle czuwającego lekarza zakładowego. W hotelu takowych chory się nie pozbędzie. (Dok. nast.)

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza

O pasorzycie zimnicy.

Studyjum kliniczno-etyjologiczne.

Napisali

Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Stefan Blatteis.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14.)

Na 81 przypadków w 73 znaleziono pasorzyty, w 8 zaś ich nie znaleziono. Na 71 chorych, u których gorączkę stwierdzono, znaleziono w 68 przypadkach plasmodyjum. Na 10 przypadków, u których gorączki stwierdzić nie mogliśmy, u 5 plasmodia były obecne. Biorąc tedy ogólnie mamy 90%, uwzględniając zaś tylko przypadki gorączkowe 95·5%.

O ile przeważna liczba autorów osiąga 100%, to statystyka nasza, zarówno jak Laverana i Ozlera, wykazuje gorsze wyniki Należy to kłaść na karb tej okoliczności, że niektórych przypadków nie można było badać po kilka razy i w odpowiednim czasie, a wiadomem jest przecież, że plasmodyja w przypadkach lżejszéj zimnicy często tylko przed dreszczem się znajdują, rzadziéj podczas dreszczu, a brak ich po dreszczu.

I tak Laveran na 480 przypadków tylko w 432 znajduje plasmodyjum, lecz na 79 badanych przed dreszczem wykrywa pasorzyty. Na 286 badanych podczas dreszczu znajduje je w 273. Na 164 w kilka godzin po dreszczu badanych w 141 je znajduje. Na 15 przypadków badanych li tylko w czas jakiś po napadzie, nie znaleziono w pięciu przypadkach zimniczego plasmodyjum malarycznego. Na trzy przypadki tylko podczas napadu badane stwierdzono brak plasmodyjum w 1 przypadku. Na cztery przypadki badane podczas i po dreszczu (lecz nie przed dreszczem), w jednym przypadku nie było pasorzyta. Na 59 badanych przed dreszczem (a oprócz tego także i o innéj porze), w 58 znaleziono pasorzyt zimniczy. Jeden przypadek, w którym nie znaleziono plasmodyjum, była to typowa trzeciaczka; tu raz badano przed dreszczem (2 preparaty nie barwione, 2 barwione) i dwukrotnie po dreszczu; więcéj przed podaniem chininy nie badano.

Co do poszukiwań plasmodyjum w innych chorobach, to uskuteczniono je: na 23 przypadkach influenzy, 2 przypadkach odry, 24 przypadkach rozedmy płuc, jednym przypadku błonicy, siedmiu przypadkach raka rozmaitych narządów, czterech przypadkach ropnicy, czterech przypadkacd uwiądu rdzenia pacierzowego, 5 przypadkach duru brzusznego, siedmnastu przypadkach zapalenia płuc włóknikowego, 5 przypadkach ostrego zapalenia otrzewny i ani w jednym przypadku nie znaleziono we krwi plasmodyjum zimniczego.

Na 38 przypadków gruźlicy płuc (z przebiegiem gorączkowym) znaleziono w jednym przypadku nieliczne plasmodyja i to u indywiduum z nad Wisły, okazującego śledzionę powiększoną, które kilkakrotnie zimnicę przebywało.

Podobne przypadki, że u chorych, którzy zimnicę przebywali, podczas choroby gorączkowéj plasmodyja czasem liczne się zjawiają, opisują inni (Plehn, Guarozeri). Należy tu przypuścić, iż formy zarodkowe czasowo w ustroju

uśpione, rozwijają się w dogodnym czasie, gdy odporność ustroju z powodu choroby jest zmniejszoną lub że w organizmie zimnicą wyniszczonym jad innéj choroby szybciéj zagnieździć się może.

Jako przykład opisuje Plehn (*Aetiologische und klinische Malaria-Studien*. Berlin 1890) przypadek gośćca stawowego ostrego, który ustąpił po leczeniu salicylanem sodowym a w jego miejsce pojawiły się typowe napady zimnicy, które chininą usunięto.

Zupełnie podobne dwa przypadki obserwowaliśmy w naszym oddziale, lecz z innym przebiegiem.

Przypadek pierwszy: Chory Maryjan S. przez dwa miesiące leżał w szpitalu z powodu ostrego gośćca stawowego, przyczem kolejno prawie wszystkie stawy w stan zapalny zapadały. Chory zażywał dziennie po 4 gramy salicylanu sodowego i po 1 gramie antipyryny z małym skutkiem. Przypadkowo dostrzegliśmy po dwóch miesiącach takiego leczenia, że chory doznaje lekkich dreszczów, to skłoniło nas do badania krwi, a w niéj znaleźliśmy liczne śródciałkowe pasorzyty, wtedy wstrzymaliśmy podawanie leków i zauważyliśmy występowanie dość regularne dreszczu co drugi dzień. Leczenie przeciwzimnicze usunęło w dwóch tygodniach bóle, obrzęki stawów jakoteż gorączkę.

Przypadek drugi: Chora M. N., przyjęta na oddział z silnemi bolami w stawie nagarstkowym, obrzmieniem tegoż stawu i gorączką. Lekarz domowy podawał przez dziewięć dni bezskutecznie kwas salicylowy i morfinę. We krwi wykryliśmy skąpe plasmodyja, a po podawaniu chininy w czterech dniach ustąpiły bole, obrzmienie stawu i gorączka.

Te dwa przypadki nieco odmienniéj tłómaczymy, niż Plehn, przypuszczamy bowiem tutaj gościec stawowy na tle zimniczem. Oprócz powyższych dwóch przypadków gośćca badaliśmy dwunastu chorych na ostry gościec stawowy, lecz u żadnego z nich, mimo kilkakrotnego badania krwi, plasmodium wykryć nie zdołaliśmy.

Na pięć przypadków duru osutkowego w dwóch przypadkach znaleziono liczne plasmodia. Obadwaj ci chorzy przebywali dawniéj zimnicę, a jeden z nich był przed rokiem w leczeniu w szpitalu z powodu zimnicy.

Na 31 dotkniętych zapaleniem przewlekłem nerek, z których w piętnastu stwierdziliśmy obrzęk twardy śledziony a dziesięciu z nich podawało, że po kilka razy zimnicę przebywali, znaleźliśmy u pięciu plasmodium, u jednego tylko straty barwikowe. Z tych chorych miewało dwóch w szpitalu typowe napady zimnicy; jeden bez innéj znanéj przyczyny gorączkował a badanie krwi wykazało liczne plasmodyja; u jednego z bardzo posuniętą marskością nerek wykryto półksiężyce; jeden doznawał napadowo występujących bólów głowy.

Tak więc na 31 chorych na marskość nerek u sześciu na pewno wykazano zimnicę. Czy te dwie sprawy chorobowe przypadkowo obok siebie istniały, czy też pozostawały w pewnym ze sobą związku, trudno rozstrzygnąć; jeżeli jednak przypuścimy to drugie, to mogłoby ono przyczynić się do wyjaśnienia zimniczéj przyczyny marskości nerek.

U badanych 21 zdrowych osób nie wykryliśmy u żadnego z nich we krwi plasmodium.

Badanie krwi naszych chorych pod względem ilości hemoglobiny wykazywało u wszystkich zmniejszoną jéj ilość. Oznaczano ją hemometrem Fleischla. O ile przeciętna ilość w naszych badaniach co do hemoglobiny na ludziach zdrowych nie dosięga liczby 100, lecz tylko 98, o tyle u chorych na zimnicę wynosi przeciętnie 69 (ze wszystkich chorych), najwyższa liczba u chorych z plasmodiami była 85, najmniejsza 27.

Charakterystycznem jest, że ilość ciałek krwi czerwonych jest w przebiegu zimnicy nadzwyczaj zmniejszoną, a zmniejszanie się to postępuje bardzo szybko. W tym względzie zupełnie zgadzamy się z Kelschem (Kelsch: *Contribution a l'anatomie pathologique des maladies palustres endemiques. Archiv. de Physiologie norm. et path.* 1878, p. 690), który twierdzi, iż zimnica najszybciéj prawie ze wszystkich chorób oligocytemię wywołuje. Boeckmann również znajduje bardzo znaczne pomniejszenie się ilości ciałek krwi czerwonych, osobliwie podczas napadu.

Ilość ciałek krwi czerwonych u żadnego z chorych przez nas badanych nie przekraczała liczby czterech milionów. U chorych, u których półksiężycowe pasorzyty napotkaliśmy nad trzy miliony niewiele przekraczała. U wspomnianego chorego ze Suezu ilość ciałek krwi czerwonych wynosiła między 1·250000 a dwoma milionami, a mimo trzechmiesięcznego leczenia nie zdołała przekroczyć liczby 2·500000.

Największe zmniejszenie się występuje podczas dreszczu tak, iż u chorego z ilością ciałek czerwonych 3·200000 w intermisyi podnosiła się do czterech milionów.

Podobnie jak ilość ciałek krwi czerwonych, zmniejsza się także ilość ciałek białych. Według Böckmanna podczas wzrastania ciepłoty zmniejsza się ilość ciałek krwi czerwonych, zwiększa się zaś ilość ciałek białych krwi. W okresie zaś opadania ciepłoty ma się odbywać zmniejszenie się ilości ciałek białych a pomnożenie ciałek krwi czerwonych.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. O Jaszczurówce.

Sprawozdanie przedstawione na posiedzeniu Komisyi przemysłowo-lekarskiéj Tow. lek. krak. w dniu 16 marca 1892 przez Prezesa tegoż Towarzystwa

Doc. Dr. St. Ponikłę.

Rzadko spostrzega się tak piękne wyniki przedsiębiorczości i zapobiegliwości prywatnéj, jakie uderzają odwiedzającego znane uzdrowisko górskie w najbliższem sąsiedztwie Zakopanego, Jaszczurówką zwane. Przed niewielu laty dziki zakątek górski dostępny tylko turyście pieszo wędrującemu, przeistoczył się obecnie w uzdrowisko odpowiadające prawie wszelkim wymogom nowoczesnym. Miejsce ścieżki, potem drożyny, granitami zawalonéj, zajęła dzięki długoletnim staraniom właściciela droga bita, szeroka, mimo górskiego terenu z nieznacznem wzniesieniem i spadkiem przebiegająca, na któréj najcięższe powozy z łatwością kursować mogą. Miejsce dawniéj prawie niezamieszkane, zabudowane zostało pięknemi willami w stylu szwajcarskim, między któremi dominuje hotel wielki, mieszczący kilkanaście ubikacyj dobrze umeblowanych, opatrzonych piecami, między temi wielką salę restauracyjną i do zabaw.

Rozpatrzmy w krótkości historyję rozwoju i postępu Jaszczurówki w ciągu ostatnich kilku lat:

1) W r. 1883, 84 i 85 kąpiele w cieplicy były wydzierżawione Drowi Piaseckiemu, który utrzymywał dozorcę i wysyłał tam swych pacyjentów dla używania kąpieli. Woda cieplicza była wtedy ujęta w jeden skromnych rozmiarów basen drewniany otwarty.

2) W r. 1886 basen podzielono na 2 części, jeden dla mężczyzn, drugi dla kobiet, postarano się o lepszą posługę i o większy zapas bielizny kąpielowéj. Restauracyi nie było żadnéj, tylko szynk w dawnym budynku karczemnym, gdzie tylko pospolite trunki i czasem przekąski niektóre sprzedawano.

3) W r. 1887 przebudowano gruntownie łazienki: baseny oba złączono w jeden, który dla mężczyzn przeznaczono, zaś dla kobiet urządzono drugi basen tych samych rozmiarów. W powiększonych w ten sposób basenach można wygodnie pływać. Biletów kąpielowych w tym roku sprzedano 3.269 i 62 kart sezonowych. Restauracyi jeszcze nie było, ani mieszkań do wynajęcia.

4) W r. 1888 stanął hotel 1-piątrowy z dużą salą i 10 pokojami. Otwarto restauracyję i urządzono ścieżkę serpentynową na szczyt góry Nosal.

5) W r. 1889 wystawiono opodal hotelu domek o 4 pokojach na mieszkania dla gości. Sprzedano 2.444 biletów i 45 kart sezonowych.

6) W r. 1890 wystawiono nową willę na wzgórzu o 8 pokojach i kuchni. Rozpoczęto budowę gościńca z Zakopanego do Jaszczurówki. Restauracyja była przez cały sezon otwartą. Biletów sprzedano 4369 i 193 kart sezonowych. Mieszkania wszystkie były zajęte.

7) W r. 1891 zostały rozszerzone lokale restauracyjne w hotelu przez dodanie czytelni i sali bilardowéj. Restauracyję urządzono celem zaspokojenia wyższych wymagań, lecz niewłaściwy zarząd restauracyą z powodu przesadzonych cen nie odpowiedział warunkom miejscowym. Nowy hotel o 20 pokojach wybudowano, przybudowano nowy basen kryty tak, że obecnie są 2 otwarte baseny i jeden kryty. Omalowano wszystkie domy olejno, zaprowadzono latarnie przy drogach i domach. Droga z Zakopanego została do samego zakładu doprowadzoną.

8) Na r. 1892 wydzierżawił właściciel restauracyję restauratorowi z Zakopanego, Pawlicy, który ją będzie utrzymywać na stopie odpowiadającéj wszelkim wymaganiom gości przy skromnych cenach. Zarazem restaurator będzie utrzymywać kawiarnię i trafikę.

Obecnie tedy zakład w Jaszczurówce rozporządza:

1) trzema basenami obszernemi, wodą cieplicząi, wypełniającemi się,

2) 50-ciu pokojami należycie umeblowanemi, opatrzonemi piecami i wygodnie urządzonemi (w 2 hotelach, willi i domie mieszkalnym) z odpowiednią posługą,

3) restauracyją i kawiarnią w hotelu,

4) ścieżką kuracyjną „à la Oertel“ na Nosal od 907—1215 m.

Dostęp do zakładu z Zakopanego bardzo jest łatwy, wygodny, gościńcem bitym, szerokim, powozowym.

Czynniki lecznicze naturalne są: 1) wzniesienie 907 m., 2) sąsiedztwo bezpośrednie rozległych lasów świerkowych (także liczne modrzewie) podtatrzańskich, 3) woda cieplicza o 20·4° C. ciepłoty, uboga w składniki stałe (cieplica obojętna, acratotherma), 4) Klimat podalpejski o miernéj wilgotności.

Wskazania lecznicze same przez się się nastręczają, dlatego wymieniać ich nie będę. Jaszczurówka jest miejscem klimatycznem podalpejskiem, gdzie jest zarazem dana sposobność do używania tonizujących kąpieli o stałej ciepłocie.

Z powyższego opisu wynika, iż działalność właściciela celem rozwoju uzdrowiska zasługuje na uznanie, a uzdrowisko jest godne poparcia.

To też Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak. zgodnie z uchwałą Towarzystwa na posiedzeniu z dnia 16/III 1892 powziętą, wyraża Wnemu p. Adamowi Uznańskiemu uznanie za energiczne i skuteczne wieloletnie działanie celem rozwoju „Jaszczurówki“ i sądzi, że zalety klimatyczne i balneoterapeutyczne tego uzdrowiska w zupełności usprawiedliwiają dalsze postępowanie na obranéj drodze. „Jaszczurówka“ bowiem jest niepośledniem miejscem klimatycznem i leczniczem w licznych stosownie dobranych przypadkach chorobowych, oraz tonizującem miejscem pobytu letniego dla zdrowych, wypoczynku potrzebujących.

V. Zarazy nagminnie w Wielkopolsce panujące aż do roku 1800.

ZARYS HISTORYCZNY.

Napisał

Dr. Wacław Zaremba.

(Dok. Patrz Nr. 18.)

Da also die Plage gewütet, war gewiss der zustand der Stadt erbärmlich, absonderlich in anfang da die Plage recht anfieng ein zu reissen, da eines von dem anderen sich so gescheüet, dass es oft an benötigten Pestwärtern gefehlet, die nicht zu bekommen waren. Der Magistrat macht zwar zu verpflegung alle all ersinliche Anstalt, aber da die Pestwärter und wärterinnen geschwinde hinstarben, war es unmöglich allen bey zu springen, weil die gesunden zu solcher gefährlichen Function sich nicht leicht wolten lassen brauchen. Mann und Weib lagen an unterschiedenen orthen zugleich krank, keines konnte dem anderen helfen, biss der Tod von ihren schmertzen sie ausgeloset hat. Kinder verschmachteten vor den Augen ihrer Eltern, denen die selbst in Todes angst liegenden Eltern nicht zu hilfe konnten kommen. Mühseelige Kindbetterinnen mussten theils in ihren Geburths schmertzen vergehen, weil sie die hilfe der Wehrmütter nicht konnten haben, winselnde säuglinge, die ihrer Mutter beraubt worden, endigten in grosser Elende ihr unschuldiges leben, weil auch für haüfiges geld niemand zu bekommen war, der ihrer gewartet hätte. Wiewohl solchen höchst jämmerlichen fällen nachmals abgeholfen worden als unterschiedene von ihrem siechbette wieder gesund worden, die sich dernach andere kranke zu warten gebrauchen lassen, so dass es hernach an Pflege niemandem gefehlet. Dieses Elend wurde vermehret als der herr Stadt Medicus, dessen recht viel erspriesslich gewesen, auch starb, wie auch alle bestellte Chirurgi Pestilentiarii, derer einige aus dem benachbahrten Schlesien nach Lissa gekommen, alle aber hier ihr leben hier müssen lassen. Auch dieses machte den Zustand der Stadt sehr elend, dass für die Zubegrabung der leichen bestellte Todtengräber häufig wegstarben, daher es geschehen dass viele leuchen unterschiedene Tage unbegraben in ihren häusern gelegen, welches bey der damahligen heissen sommer Zeit einen stank und bey den Nachbaren gross entsetzen verursachet: es hat sich also zugetragen denn auf einmahl über 100 leuchen bey 8 Tagen so tod in den häusern gelegen und 136 leuchen in Särgen auf den begräbniissacker viele Tage über der Erde stehen blieben. Doch wurde niemand ohne Sarg begraben, welches mit grossen fleiss beobachtet worden, damit die alteration nicht grösser werden möchte, wenn die leüchen so ohne sarg hätten beschicket und zu grabe getragen werden sollen.

Die zufälle dieser Plage waren sehr unterschieden und sind fast keine symtomata den anderen krankcheiten gemein die nicht hier zugeschlagen.

1) Einige sterben sehr plötzlich wie denn ihrer unterschiedene auf den gassen tod nieder fallen, diese wurden ins gemein eingesucht, auch wohl über den leib gantz blau und schwärtzlich.

2) Der gemeinste zufall bey den meisten war ein ziemlich starkes Schauern worauf bald grosse hitze gefolget mit kopfschmertzen, wenn hierauf sich keine äusserliche Signa gezeiget, so erfolgte bey den meisten in oder etlichen Tagen ein geschwinder Todt, wie wohl viele leüchen gantz gewöhnlich ausgesehen und auch nicht der geringste flecken zu sehen gewesen.

3) Bey manchen fund sich bey der hitze grosser durst und dürer hals, wie auch auslaufende braüe und schwärtzliche Zunge, welches ins gemein die Bräunen genannt worden. Es ist in acht genommen worden, dass fast allen, welche in solchen fall der Bräunen ader gelassen, gestorben.

4) Viele die sich also mit schauren und hitze ein geleget, geriethen hernach in schlafsucht und schliefen bis sie

im Tode entschliefen. An den meisten zeügten sich die 3 gewöhnliche Pestsigna, die erstens waren Carbuncul oder Pestkohlen; darnach Bubones Pestbeülen, imgleichen Petechien oder flecke; welche 3 Signa ohne unterschied in allen theilen des leibes sich geäussert, bey einigen 2 dieser species, bey anderen alle drey und waren einige damit über den gantzen leib überschüttet.

5) Dieser 3 Pest Signa kahmen einige schwerer, einige leichter an: nach 3. 4. biss 6 Tagen zeigte sich entweder die hoffnung der Besserung oder der Tod. Einige haben etliche wochen, gar biss 4, 5, 10 wochen gelegen, da es sich mit einigen gebessert, andere gestorben. Einige wenig kam es leichter an, bey welchen nach einem schauren und gleichsam nur überlaufenden hitze sich beülen gewiesen mit denen sie aber herumbgegangen ohne dass sie bettlägerig werden dörften.

6) Bey einigen war verwirrung des verstandes in welcher sie sowohl des Tages als der Nacht herumbgelaufen wodurch anderen grosse alteration verursachet worden.

7) Sehr gern war auch Übelkeit und Erbrechen und wo dieses heftig wurd und anhilt, da erfolget ins gemein ein baldiges ende. Bey diesen zufall war auch ins gemein Bedrängniss des hertzen.

8) Bey vielen fund sich ein starkes Bluten, Blutsturtzungen und Blutergiessungen, so dass einige gantz in Blut gelegen und so verschieden.

9) Manche vielen auch ein durch Durchbruch, endlich

10) War bey einigen zittern und erstarrung der glieder. wie auch schlagflüsse und rückenwehr. Wieder solche zufälle wurden bald angewandt alle Menschen mögliche Mittel, aber nichts wollte helfen, da Gott nicht wollte helfen.

Es ist sehr nachdenklich dass am anfang ein reissender Pest, da der stadt Medici et Chirurgi allen möglichen fleiss zur Cur angewendet und da wieder alle zufälle genugsame Medicamente vorhanden waren, dass sie fast bey niemandem angeschlagen sobald jemand krank eingefallen, war bald praesens mors da, als aber Medicus und Chirurgi alle schon weggestorben, der meiste vorrath der arzneyen auss war und gar keine mittel mehr gebrauchet worden, so wurden ihrer viel wieder gesund. Dies zeügt uns genügsam, dass wie hier in dieser Plage augen scheinlich ist, die schwere hand des schlagenden Gottes also sey, es auch allein die heilende hand des artztes Israels (dalsze refleksyje tutaj opuszczamy jako nie należące do rzeczy).

Es ist auch werth anzumerken, dass durch diese Pest-Plage am meisten angegriffen werden, ein mahl die Männer und zwar in ihren besten Jahren, welche auf geschwindeste hingeraffet worden. Da von dem Weibl. geschlechte nicht so gar häufig weggestorben. Was dann viel mehr Wittwen als Wittwer geblieben sind . . . (opuszczamy jako nie należące do rzeczy). Schwache Personen, aber kränkliche, gebrechliche, abgelebte absonderlich Weibes Personen sind guten theils gesund geblieben. Darnach hat diese Plage auch einen grossen riss gethan in der Jugend und wo Kinder im hause gewesen, war es ein sehr seltenes wenn von 7 oder mehr Kinder nur ein einziges am leben geblieben. Dies ist sehr kläglich, dass eine so schöne und häufige Jugend meisten theils draufgangen und eine sehr geringe zahl übrig geblieben . . . (opuszczamy). Dieses kann zugleich an deüten, dass die imagination und alteration in dieser Plage nicht so viel mache, dass sie wird von einigen gefürchtet, causa pestis könns genannt werden, mithin das zarte alter so häufig weggestorben, welch eine starke impression zu machen noch nicht gewohnt. Wie wohl nicht zu leügnen dass die impression und alteration etwas zu diesem Übel contribuire, wiewohl schwärlich zum klären, ausser was vielleicht könnte der imagination zugeschrieben werden. Ein gar besonderer Casus der sich in Lissa zugetragen, da einer Person geträumet, sie hätte eine Pestbeüle bekommen und als sie erwachte, bekahm sie in der that eine beüle an welcher sie auch gestorben . . . (opuszczamy). Es wird von anderen orten, da die Pest gewesen, berichtet, dass bey deren anfang die vögel sich verlohren und bey ende sich wieder eingefunden: nichts dergleichen ist in Lissa anzumerken gewesen".

W dalszym toku przypuszcza autor istnienie niezdrowego powietrza, ponieważ płody polne i owoc tego roku nie wyrósł jak zazwyczaj, dalej zaś mówi:

„Inter infecta wurden observieret eine ungemeine menge langfüssiger Spünen [1]), dergleich in solcher menge nie zuvor und auch folgend Jahr nicht gesehen worden. Kann also wohl seyn, dass solches die vorbothen einer nicht gedeylichen luft gewesen, wiewohl wir nicht sagen können, dass die luft inficiret gewesen in dehm das Übel nur per contagion propagieret worden".

[1]) Spinnen = pająki.

Uważny czytelnik porównawszy dopiero co przytoczony pamiętnik leszczyński z opisem morowej zarazy przez Długosza w r. 1348, przekona się z łatwością, iż zaraza w latach 1708—1711 była ową straszliwą *„mors nigra"*, owem morowem powietrzem azyjatyckiem z temi samemi pojawami chorobowemi. Widmo groźnego tego pomoru zdaje się, iż naówczas po raz ostatni nawiedziło ziemie wielkopolskie; pomory bowiem, o których bliższych wiadomości co do ich istoty nie mamy, panujące na Podolu i w Krakowskiem w latach 1717, 1718 i 1719 a dalej w mieście Barze w r. 1730, dalej ku zachodowi się nie posuwały, oszczędzając tem samem Wielkopolskę.

W wieku 18-tym jednakże Poznań a prawdopodobnie i jego okolice nie były wolnemi od pojawiającej się w rozmaitych latach większej śmiertelności. Według J. Łukaszewicza w r. 1727 w miesiącu kwietniu panowała w Poznaniu niezwykła śmiertelność z powodu zgniłej febry, jak ją współcześni nazywali, a którą J. Łukaszewicz warunkowo a Dr. L. Gąsiorowski bezwarunkowo za epidemiją tyfoidalną przyjmują.

W r. 1732 pojawiła się szczególniej pomiędzy dziećmi złośliwa biegunka, na którą wszakże i wielu dorosłych pomarło (J. Łukaszewicz, Obraz itd., II, 378 i Dr. L. Gąsiorowski, Zbiór itd., II, 95).

W r. 1736 miała nawiedzić Poznań skutkiem bardzo wielkiej powodzi szczególniejsza zaraza, której opis według Łukaszewicza (Obraz i t. d., II, 380 et s.) tutaj podajemy. Nadmienić nam zaś wypada, iż opis ten wziętym jest przez rzeczonego autora z współczesnego rękopismu, który brzmi: „Die 13 Julii 1736 ipso festo s. Margarethae powódź poczęła opadać, a ludzie wielce poczęli chorować od wielkiej ostrości i jadowitości tej wody. Bo i nogi ludziom psuły się i skóra i ciało pękały się od tej wody; a kto się w niej obmył to oszarzał jak od łuszczyn orzechów włoskich niezmytym sposobem i zarazą. Kto się zaś tej wody napił, to cierpiał okrutne boleści wewnętrzne i gryzienie wnętrzności, a kto zaś gotował w tej wodzie mięso, to zczerwieniało jak ścierw, a rosół gorący, wrzący tężał jak galareta. Zgoła ta powódź oczywiście wielką była plagą każdemu, gdyż z tej wody w polach zalane zboże i łąki wielkie przyniosły szkody, drzewa wszelkie, bądź rodzajne lub borowe totaliter poschły, które tylko ta powódź dosięgła. Łąki i pastewniki tak zczerniały, jakby ogniem ziemię polano. Rzecz zaś uwagi godna, że tego czasu wszędzie w całej Europie wielkie deszcze padały i wielkie były powodzie".

W r. 1755, według J. Łukaszewicza, miała panować w Poznaniu wielka śmiertelność w miesiącach czerwcu i lipcu; bliższych szczegółów jednakże o powodach tejże ani w samym Łukaszewiczu, ani też w archiwum poznańskiem nie znajdujemy.

Z rokiem 1755 kończą się wzmianki wszelkie historyczne o groźniejszych epidemijach w Poznaniu — czyż do końca 18 tego stulecia jużby ich wcale być nie miało? Wątpić o tem należy — lecz wypadki polityczne tamtoczesne, najazdy obcych wojsk, rozruchy wojenne i inne nieszczęścia publiczne a za niemi idące rozprzężenie ogólne, może odwróciły uwagę kronikarzy od chorób nagminnie występujących, jako od mniejszej klęski w porównaniu z innemi ważniejszemi ciosami walącemi się bez przerwy na ludność

wielkopolską. Być również może, że pomory groźniejsze już się nie powtarzały, a pomniejszych epidemij nie uważano za potrzebne przekazywać wiadomości potomnych.

Przeszedłszy, o ile na to dostępne nam źródła historyczne pozwalały, szereg zaraz nagminnie Wielkopolskę trapiących, należałoby się opowiedzieć także niejedno o środkach, bądź to leczniczych, bądź prawodawczych, naówczas w celu stłumienia zarazy używanych. Ciekawy czytelnik znajdzie pod tym względem wyczerpujący opis w dziele: „Zbiór wiadomości historyi sztuki lekarskiéj w Polsce“ Dra L. Gąsiorowskiego, Tom II, str. 44 i nast., powtarzać go zatem tutaj nie będziemy.

Pod względem policyjno-sanitarnym, odnośnie do miasta Poznania, zdaje się. iż szczególniéj w wiekach późniejszych — gdyż o dawniejszych żadne wiadomości zachowane nie zostały — system odosabniania i bezwarunkowego przecinania wszelkiéj styczności, za najskuteczniejszy uważano. Że środki te prewencyjne nader pierwotnemi były, nie ulega wątpliwości. Zamykano bramy miejskie, podwajano przy nich straże, przetrząsano podejrzane osobistości, w razie zaś wybuchu zarazy w domostwie którémkolwiek, zamykano w niem mieszkańców „*appensa cathena*“, t. j. zakładano łańcuch na drzwi tak, iż nikt z domu wydalać się nie mógł — lub też wypędzano ich po prostu z miasta, jeżeli do zamożniejszéj ludności nie należeli. System ten był niedostateczny, bo niezawodnie przyczyniał się do początkowego tajenia zaraźliwéj choroby, a przytem i kosztowny bardzo, bo nie tylko nie zapobiegał szerzeniu się zarazy, ale i miasto narażał na znaczne wydatki skutkiem koniecznego dostarczania żywności mieszkańcom pozamykanym w naznaczonych domach. Bogatsi, nie wyjmując bynajmniéj ojców miasta świeckich i duchownych, wynosili się z całym dobytkiem w bezpieczniejsze a zarazą nie dotknięte miejscowości. Wedle opisu Cernekego „*Das verpestete Thorn*“, w czasie panującéj w Toruniu dżumy w r. 1710, przy wywożeniu zmarłych z zarazy, szli ludzie w czarnych płaszczach z białemi krzyżami, poprzedzając wozy i dawali zdaleka ludziom znaki, ażeby się z ulic usuwali, celem uniknięcia zarazy. Przy wywożeniu uboższych strażnicy tacy w białych płaszczach z czarnemi krzyżami wozy poprzedzali. Czy i w Poznaniu to samo zaprowadzonem było, nie mogliśmy się nigdzie doczytać. W małych miasteczkach i wsiach przepisów sanitarno-policyjnych wcale nie było, to też tutaj, w razie pojawienia się śmiertelnéj zarazy, stan ludności musiał być nieskończenie smutnym i nic dziwnego, że nieraz wymarcie całych siół się przydarzało. Właściciele włości pojedyńczych, jak to z jednego zapisku archiwalnego widzimy, obawiając się przeniesienia zarazy, chwytali się zresztą bardzo racyjonalnego środka, przecinania wszelkiéj styczności, zakazując pod karą śmierci poddanym swym uczęszczania do miasta nawiedzonego zarazą. (Capitis poena a nobilibus erat instituta, si quis subditorum Posnaniam esset ausus visere), lecz na zakazie tym wszystko też się kończyło. System ten, jakkolwiek mógł do pewnego stopnia chronić pomniejsze włości od wtargnięcia zarazy, dla nieszczęśliwego, dotkniętego klęską zarazy miasta stawał się najzgubniejszym. Dowóz żywności bowiem ustawał i dlatego, jak nam opisy ówczesne ogólnie zaznaczają, w niezadługim czasie do groźnego pomoru przyłączał się zawsze i głód, przyczyniający się niepomiernie do zdwojenia, uboższą ludność szczególniéj dziesiątkującéj, śmiertelności.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 maja. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krak. w d. 4 maja odbytem kol. przewodniczący Ponikło powitał obecnych na posiedzeniu gości Dra Dębickiego ze Lwowa i Dra Głuchowskiego z Nowego Sącza, tudzież przedłożył Tow. niektóre sprawy administracyjne; przyjęto do grona Towarzystwa dwóch nowych członków; kol. Pieniążek przedstawił rekonwalescenta, u którego usunął przed kilku tygodniami nagłośnię rakiem zajętą za pomocą operacyi Malgaignea (*laryngotomia subhyoidea*). Kol. Jakubowski miał odczyt o sterylizowaniu mleka i okazał nowy ulepszony przyrząd do sterylizowania prof. Soxhleta, przyczem kol. Ponikło okazał hodowle płytowe z mleka w różnych czasach tym sposobem sterylizowanego. Kol. Browicz i Obaliński przedstawili preparaty mikroskopowe z nowotworu przez kol. Obalińskiego operowanego; kol. Piątkowski odczytał „tymczasowe“ doniesienie o działaniu benzolu w cukrzycy, na podstawie spostrzeżeń w klinice lek. prof. Korczyńskiego poczynionych. W dyskusyi nad wszystkiemi odczytami zabierali z kolei głos koll. Obaliński, Pieniążek, Ponikło, Walentowicz, Kryński, Surzycki, Opieński, Domański i Piątkowski.

* Egzamina fizykackie dla lekarzy chcących ubiegać się o posadę w publicznéj służbie zdrowia rozpoczną się d. 9 b. m. w Krakowie pod przewodnictwem p. protomedyka Merunowicza. W terminie majowym zgłosiło się do tego egzaminu 6 kandydatów.

* Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 3 b. m. pod przewodnictwem r. m. Dra Domańskiego posiedzenie, na którem po załatwieniu drobnych spraw bieżących fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości, iż w roku 1891 umarło w Krakowie ogółem osób 2581 t. j. o 208 mniéj, niż w roku 1890, co odpowiada w stosunku do roku i tysiąca 33·9. Do téj śmiertelności przyczyniła się w ostatnim kwartale roku ubiegłego znacznie influenza z licznemi przypadkami śmierci skutkiem zapalenia płuc i gruźlicy. Rok 1892 rozpoczął się pomyślnie co do śmiertelności tak ogólnéj jak i szczegółowéj z chorób zakaźnych. Odra wygasła a pojawiają się tylko sporadyczne przypadki płonicy, dławca, błonicy, duru osutkowego i brzusznego, jak zwykle o téj porze. Ospy pojawiło się kilka przypadków przyniesionych z okolicy, mianowicie sąsiednich powiatów Królestwa Polskiego, lecz od połowy kwietnia nie ma świeżych przypadków téj choroby. R. m. Dr. Domański przedłożył imieniem wyznaczonéj poprzednio podkomisyi projekt nowego statutu komisyi sanitarnéj i nowych instrukcyj służbowych dla fizyka miejskiego i miejskich lekarzy obwodowych, wypracowanych na podstawie nowéj ustawy krajowéj o organizacyi gminnéj służby zdrowia. Projekty te przyjęto z bardzo małemi zmianami i postanowiono przedłożyć Radzie miejskiéj do uchwały. R. m. Dr. Jordan przedłożył kilka wniosków zmierzających do uzyskania dla Krakowa tanich a zdrowych mieszkań dla robotników. Wnioski te przyjęto po krótkiéj dyskusyi i przekazano Magistratowi celem zbadania przedewszystkiem obecnie przez robotników zajmowanych mieszkań. W końcu wezwano Magistrat o postaranie się w drodze właściwéj, by w jednym z lokalów publicznych usunięto kilka ważnych pod względem hygijenicznym usterek.

* W tygodniu 16-tym (od 17—23 kwietnia) było w Krakowie małżeństw 4, urodzeń 74, skonów 56, z tych z zapalenia płuc 21, z gruźlicy 9, z nieżytu żołądka i jelit 7, z duru brzusznego 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. Prof. Klebs, obecnie w Zurychu, powołany został na katedrę anatomii patologicznéj w Chicago. — Zasłużony prof. chirurgii w Lipsku Thiersch otrzymał tytuł tajnego radzcy, a proff. Leopold, Curschmann, Sänger i Zweifel tytuł tajnych radzców lekarskich. — Dr. Biedert nie przyjął katedry chorób dzieci w Inbruku i pozostaje w Hagenau. — Asystent kliniki chirurgicznéj w Berlinie Dr. Köhler otrzymał tytuł profesora. — Prof. Unverricht w Dorpacie mianowany został dyrektorem nowego szpitala w Magdeburgu. — Prof. Stintzing mianowany został zwycz. profesorem kliniki lek. w Jenie, a prof. Hippel z Królewca przeniesiony został do Hali w miejsce ustępującego z powodu choroby prof. Alfreda Graefego. — Prof. Robert Koch w Berlinie mianowany został jeneralnym lekarzem 1-éj klasy.

* **Zmarli**: w Strasburgu Dr. Maks. Schrader, b. asystent Goltza i Naunyna, autor kilku pięknych prac w dziedzinie fizyjologii i patologii, licząc zaledwie lat 31. — W Jenie umarł prof. histologii Dr. Frommann w 61 roku życia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 14 Maja 1892. Nr. 20.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do lekowéj terapii chorób spojówki.

O lekach ściągających.

Podał
Dr. med. Br. Ziemiński,
Ordynator Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

Terapija zewnętrznych spraw zapalnych narządu wzroku, zwłaszcza chorób powiek i spojówki, w zasadzie polega na stosowaniu środków leczniczych, którym dawni farmakolodzy nadawali miano leków ściągających, *adstringentia*.

Krótką wzmiankę o istocie ich działania podałem w wykładzie, wygłoszonym w Sekcyi Okulistycznéj VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.[1] Praca niniejsza ma na celu obszerniejsze rozwinięcie tego tematu.

Wynik leczniczy działania ściągającego polega na zwalczaniu sprawy zapalnéj, zwłaszcza organów powierzchownie rozpostartych, a to przez bezpośrednie stosowanie właściwego leku na powierzchnię utkania w okolicy chorobą zajętéj. Jakaż jest istota sprawy, sprowadzającéj działanie ściągające? Dopiero badania, w ostatnich czasach ściśle przeprowadzone, były w stanie rozwiązać to zagadnienie, a tem samem sprostować oddawna panujące poglądy błędne pod tym względem. Nasamprzód należy podnieść, iż przy działaniu ściągającem następuje raczéj zgęszczenie aniżeli ściągnięcie się tkanek: im bowiem przypada w całéj téj sprawie więcéj bierny niż czynny udział.

Dla zrozumienia istoty działania ściągającego uprzytomnijmy sobie, jakie środki w tym celu stosujemy. Do adstryngencyjów pierwszorzędnéj wartości zaliczają się kwasy garbnikowe, rozpuszczalne sole tlenku glinu i większéj części metali ciężkich, daléj wiele kwasów w pewnem stężeniu (kwas borowy, kwas octowy, kwas i sok cytrynowy i inne), następnie przetwory, należące do grupy ciał aromatycznych (kwas karbolowy, salicylowy, pyrogalusowy, rezorcyna, naftol i t. p.), nadto wyskok, wreszcie z grupy alkaliów: boraks i woda wapienna, która, prócz innych stron dodatnich, posiada i niepoślednie własności t. zw. ściągające.

W tem zestawieniu napotyka się różnorodne związki chemiczne. Jakiż jest łącznik, rozstrzygający o istocie ich działania? Jest nim wytwarzanie się substancyi nierozpuszczalnéj w warstwach powierzchownych utkania. Ona to otacza komórki i wnika między nie, odpycha ciecze zawarte w tkankach, zatem działa osuszająco; stawia zaporę wciskaniu się niższych drobnoustrojów do tkanek, nadto sprowadza pewne napięcie lub pewien ucisk z powierzchni na tkanki, w ten sposób przeciwdziała skutkom sprawy zapalnéj, nowotworzeniu się komórek, obrzmieniu i rozpulchnieniu, przekrwieniu, wzmożeniu się sprawy wydzielniczéj i innym objawom.

Przy obnażeniu skóry właściwéj (miazdry) błona wrzekoma, w ten sposób utworzona, zastępuje braki w naskórku, osłaniając i ochraniając tkanki obnażone.

Nie ulega wątpliwości, że wytworzenie się istoty nierozpuszczalnéj — nie zaś zwężenie naczyń, nie ściągnięcie tkanek, jak to dawniéj błędnie sądzono — stanowi istotę działania ściągającego. Wszakże nieraz w praktyce, chcąc działać ściągająco, zalecamy prócz leków wymienionych również substancyje, które, choć jako takie są zupełnie nierozpuszczalne, jednak dzięki drobnemu sproszkowaniu, po roztarciu z wodą, można stosować w postaci zawiesiny (n. p. tlenek cynku, azotan bismutu zasadowy i inne). Tego rodzaju leki działają li-tylko mechanicznie, mianowicie tak, jak to wyżéj podano, t. j., że w warstwie nierozpuszczalnéj otaczają (pokrywają) komórki i między nie wnikają. Lecz skutki takiego działania nie są ani wydatne, ani trwałe, gdyż cząsteczki nierozpuszczalne niebawem zostają zmyte. Skutek będzie też znacznie wydatniejszym, skoro damy wytworzyć się substancyi nierozpuszczalnéj na miejscu działania leku, t. j. w warstwach powierzchownych utkania.

[1] Br. Ziemiński: Antiseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu, jako środek przeciwgnilny. „Przegląd Lekarski“ 1891, Nr. 35—38.

W mowie będąca istota nierozpuszczalna wytworzyć się może w pierwszym rzędzie kosztem białka, zawartego w samychże tkankach (cieczy tkankowéj i komórkach). Środek ściągający albo daje przy zetknięciu się z białkiem połączenie nierozpuszczalne, tak się rzecz ma, gdy stosujemy kwasy garbnikowe i sole metali, albo też środek ściągający ma własność ścinania białka rozpuszczonego, względnie żywotnego (*das lebende Eiweiss*), tak działa większość wyżéj podanych przetworów z grupy ciał aromatycznych, tudzież wyskok. W obu przypadkach białko żywotne, o ile uczestniczy w całej sprawie, ulega martwicy (obumiera), wszelkie w ten sposób działające *adstringentia* są zatem w rzeczy saméj żżeradłami, środkami żrącemi (*caustica*). W praktyce atoli nie mówimy w tym razie o działaniu żrącem, gdyż obumarcie powierzchownych warstw tkanek następuje w tak małym rozmiarze, że utrata substancyi nie zwraca na się uwagi, natomiast dobitnie uwydatniają się te wyniki całéj sprawy, które wywolują działanie ściągające.

Ściśle rzeczy biorąc, między działaniem ściągającem a żrącem zachodzi tylko różnica pod względem stopnia: w obu razach cała sprawa zwykle odbywa się kosztem białka, zawartego w tkankach. Nieraz też oba te działania mogą występować w jakiejś okolicy obok siebie. Jest to niezmiernie ważnem, gdyż często zależy nam, aby w pewnéj okolicy skombinować działanie żrące ze ściągającem, t. j., zniszczyć tkankę wybujałą a wątłą, jednocześnie zaś ściągająco podziałać na warstwy sąsiednie utkania, uległe sprawie zapalnéj. To mając na celu, musimy stosować tego rodzaju środki żrące, które w małéj ilości działają ściągająco, zatem leki, które wytwarzają z białkiem żywotnem istotę nierozpuszczalną, o znacznym stopniu skupienia, i pozostają w ścisłem spojeniu z tkankami. Pierwowzorem tak działającego leku jest kamień piekielny, który stosujemy bądź to w laseczkach, bądź też w rozczynie.

Właściwie, działanie ściągające wówczas tylko występuje, gdy wytworzona warstwa nierozpuszczalna nie odrazu się oddziela i wydaloną zostaje, lecz przez czas pewien zachowuje łączność z tkankami. Pod tym względem do pewnego stopnia nader odmiennie zachowują się związki białka z różnemi solami metali, ztąd też nie wszystkie sole metaliczne nadają się do osiągnięcia działania ściągającego

Stosując w mowie będące leki, zawsze należy przestrzegać i baczyć przy dozowaniu — zwłaszcza wobec czułych i wrażliwych błon śluzowych —, aby zamiast działania ściągającego nie osiągnąć żrącego. Łatwo bowiem może zdarzyć się, iż zamiast pożytku zamierzonego wyrządzi się choremu znaczną szkodę.

Gdzież tkwi przyczyna tych lub owych skutków rozczynów różnych środków ściągających, miejscowo zastosowanych, n. p. soli różnych metali ciężkich. Wiadomo, iż tlenki tych metali przy zetknięciu się z błoną śluzową wytwarzają białkany metalowe, obdarzone szczególnemi własnościami, podczas gdy oswobodzony kwas również sprowadza ze swéj strony zmiany w tkankach. Otóż, nasilenie działania jest tu zależnem od właściwości powstałych białkanów metalicznych, a nie mniej i od ilości, tudzież od jakości kwasu, który się oswobodził przy tym procesie chemicznym. Jeżeli kwas jest mniéj żrący oraz w mniejszéj ilości został wydzielony, a połączenie białka odznacza się względnie gęstym stopniem skupienia, wówczas strup ztąd wynikły stawia zaporę głębszemu wnikaniu przetworu stosowanego tak, że przyżeganie ogranicza się do części powierzchownych tem bardziéj, że kwas w małéj ilości oswobodzony zostaje wessanym lub spłókanym. Pierwowzorem w ten sposób ściągająco działającego leku jest octan ołowiu zasadowy, jeśli go się nie stosuje w ilości nadmiernéj. Inne ważniejsze sole tlenków metali, pod względem działania ściągającego i żrącego, zajmują miejsce pośrednie między związkami ołowiu i związkami rtęci. Porządek, w jakim należałoby je ugrupować, zależy *ceteris paribus* głównie od stopnia ich rozpuszczalności, tudzież od jakości kwasu, wchodzącego w skład związku chemicznego. Pierwsze miejsce, co do energii działania, należy się rozpuszczalnym chlorkom metali, jako to sublimatowi, chlorkowi cynku. Poza niemi grupują się azotany (n. p. azotan srebra). Trzecie dopiero miejsce zajmują siarczany (n. p. cynku, miedzi).

Te przyczyny odmiennego działania soli tlenków różnych metali wyjaśniają poniekąd wyniki doświadczenia klinicznego, które wykazują, n. p. iż o ile azotan srebra jest skutecznym w śluzotoku i w ostrych sprawach zapalnych spojówki, o tyle sublimat, stosowany w odpowiednim rozczynie, znakomicie działa w postaciach chronicznych jaglicy, a kwas borowy, boraks, octan ołowiu, siarczan cynku, siarczan miedzi i tannina wywierają wpływ pomyślny na postacie przewlekłe zwykłego nieżytu błony śluzowéj oka.

Zdarza się spostrzegać przypadki dyfteryi spojówki, w których ani słabsze, ani nawet stężone roztwory sublimatu (aż do 1%), ani wcieranie w powierzchnię spojówki maści, zawierającéj rtęć lub jéj przetwory, ani też leki łagodniejsze, jako to pędzlowanie błony śluzowéj oka sokiem, wyciśniętym z cytryn, albo też, co zwykle okazywało mi się najskuteczniejszem, częste i obfite zmywanie powierzchni spojówki $^1/_{10}$% roztworem trójchlorku jodu, w braku zaś tegoż wodą chlorową, nie wywierały skutku pożądanego. W tych razach kilkakrotnie stosowałem wodę wapienną (*Aqua calcariae*, nasycony rozczyn wodanu wapna [t. zw. wapna gaszonego]) z widocznie pomyślnym wynikiem. Woda wapienna jest jednym z nielicznych leków ściągających, który nigdy nie działa żrąco, a tworzy w miejscu stosowania istotę nierozpuszczalną i to nie kosztem białka żywotnego, nie kosztem pierwiastków komórkowatych utkania, lecz kosztem ciał tłuszczowych oraz kosztem kwasu węglowego, zawartych w tkankach. Nadto, woda wapienna posiada nieocenioną własność, iż przyczynia się do oddzielenia tudzież do rozpuszczenia błon dyfterytycznych. Woda wapienna znakomicie rozpuszcza mucynę, która zlepia i spaja cząsteczki drobniuteńkie włóknika w zbitą masę galaretowatą i takową zczepia z powierzchnią błony śluzowéj. Skoro mucyna się rozpuści, wówczas i błona wrzekoma odczepia się, a wreszcie rozpuszcza. Następuje jéj rozpad na cząsteczki drobniuteńkie włóknika, które mucyna uprzednio w łączności utrzymywała. Obok tego woda wapienna może wywierać wpływ ściągający na błonę śluzową. Jest to więc jedyny lek ściągający, który zarazem rozpuszcza śluz. Inne alkalia i chlorki rozpuszczają śluz, lecz nie działają prócz tego ściągająco. Inne zaś adstringentia, np., sole metaliczne i sole glinu działają ściągająco, lecz nie rozpuszczają śluzu. Wreszcie woda wapienna ma tę ważną zaletę, iż stosując ją, nie potrzebujemy się obawiać, aby działanie ściągające mogło przejść w żrące, aby ten lek wywołał podrażnienie zapalne, gdyż rozpuszczalność wodanu wapna jest niewielką, zresztą rozczyn nasycony łatwo rozcieńczyć.

Już wyżéj wspomniałem o działaniu pomyślnem sublimatu na pewne postacie jaglicy. Toż samo zdanie wygłosiłem na 2-giem posiedzeniu ostatniego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie podczas dyskusyi, jaka wywiązała się po wybornym referacie, opracowanym przez Dra Sroczyńskiego, na temat: „O leczeniu jaglicy" [1]). Najmocniéj jestem przeświadczony o skuteczności tego leku w odpowiednich przypadkach jaglicy. Niestety! skutkiem nie uwzględniania wskazań do stosowania go, przetwór ten przez wielu okulistów najniesłuszniéj bywa pomijany w szeregu leków przeciwjagliczych. Dziwnem to się zdaje, już bowiem w drugiéj połowie przeszłego stulecia z wielkiem powodzeniem stosowano w chorobach przewlekłych spojówki t. z. Aqua Conradi — jest to po prostu rozczyn sublimatu 1:4000. Następnie zalety jego wychwalali tacy jak Scarpa i Buzzi. Potem popadł on w zapomnienie, aż dopiero po roku 1870 kilku belgijskich i francuskich okulistów (Romiée, Dujardin), a za nimi Reich, Michel, Adamiuk i cała prawie szkoła okulistyczna we Włoszech (Debenedetti, Silvestri, Guaita, Staderini, Peschel), a u nas Wicherkiewicz składali dowody coraz liczniejsze co do skuteczności sublimatu przeciw jaglicy. Orzeczenia sprzeczne innych okulistów powstały, sądzę, skutkiem nieumiejętnego stosowania tego przetworu, skutkiem tak zwykłéj skłonności u przedstawicieli wszystkich gałęzi terapii, mianowicie, skutkiem dziwnéj dążności do poczytywania zrazu leku świeżo zaleconego za „panaceę," za lek powszechny i cudowny, a stąd koniecznie wynikającego porzucania na razie środków, które jednakowoż, po bliższem zbadaniu, wykazują zalety niewątpliwe, jeśli się je tylko właściwie stosuje. Wiele też przyczyniła się do mało pochlebnéj oceny skuteczności sublimatu w chorobach ocznych i ta okoliczność, że do ostatnich czasów farmakolodzy mało zastanawiali się nad działaniem tego przetworu specyjalnie na błonę śluzową oka.

Wyniki badań farmakologicznych co do działania sublimatu na błony śluzowe przeważnie otrzymywano na podstawie objawów, jakie ten przetwór wywołuje przy zetknięciu się z błoną śluzową żołądka. Nie uwzględniano różnic tu zachodzących, zapomniano choćby o tem, że to zetknięcie znacznie dłużéj trwa w żołądku, aniżeli w worku spojówkowym [2]). Wielu też okulistów, już a priori sądząc, usunęło sublimat ze swego arsenału leczniczego w sprawach zapalnych powierzchni oka: obawiano się następstw szkodliwych stosowania tego leku na tak, zdawało by się, wrażliwą błonę śluzową, jak spojówka. Inni lekarze oczni, zapatrujący się bardziéj postępowo na istotę wspomnianych spraw chorobowych, kładąc nacisk szczególny na ich pochodzenie zakaźne, zrazu z wielkim zapałem chwycili się stosowania sublimatu, mieli bowiem głównie na uwadze tylokrotnie stwierdzone własności bakteryjobójcze tego przetworu. Lecz tu spotkał ich zawód najmniéj oczekiwany. Sublimat nietylko nie był w stanie wyrugować azotanu srebra, siarczanu miedzi i innych dotąd w użyciu będących leków, lecz nawet pomocniczo stosowany po większéj części pogarszał stan chorobowy i to w tak wybitnie zakaźnych cierpieniach, jak śluzotok, nieżyt spojówki i świeże postacie ostrego trachoma. Wyniki takie ostatecznie i na długo zachwiały sąd pochlebny, zdawna wygłaszany przez pojedyńczych klinicystów o skuteczności sublimatu w chorobach ocznych.

Jak to się nieraz zdarza, wzięto fakt oderwany, niewątpliwie stwierdzone własności bakteryjobójcze sublimatu, przekonano się, iż tenże sublimat okazał się bezskutecznym, ba, nawet szkodliwym w chorobach pochodzenia wyraźnie zakaźnego, w chorobach powstałych skutkiem zagnieżdżenia się bakteryj w worku spojówkowym. Nastąpiło rozczarowanie a zarazem na długo przestano szukać przyczyn tak niespodziewanych, a niepomyślnych wyników.

Zapomniano o ważnem w tym względzie orzeczeniu Roberta Kocha. Stwierdził on, iż sublimat wywiera wpływ wydatnie odkażny, ale tylko w rozczynach wolnych od ciał białkowatych. Dobitnie o tem przekonać się można, stosując sublimat na powierzchnię ran: w tym przypadku większa część użytego przetworu pozostaje bez wszelkiego działania skutkiem szybko powstającego połączenia się sublimatu z ciałami białkowatemi. Otóż właśnie w wspomnianych ostrych cierpieniach spojówki, które mogą być poczytane za prototyp spraw chorobowych téj błony, nacechowanych wytwarzaniem się wydzieliny nader obfitéj, sublimat napotyka nadmiar ciał białkowatych, z któremi tworzy związki, a w ten sposób traci główne swoje własności odkażne. W świeżych postaciach ostréj jaglicy jest też wydzielina obfitsza, nadto zaś przestwory w utkaniu obrzmiałem wypełnione bywają cieczą, obfitującą w ciała białkowate. To są powody dostateczne, aby własności bakteryjobójcze sublimatu zostały znacznie uszczuplone, a nawet w zupełności zatracone.

Ściśléj zastanawiając się nad własnemi spostrzeżeniami tudzież nad staranniéj zredagowanemi opisami innych klinicystów, śmiało rzec możemy, iż *sublimat zazwyczaj bywa nader skutecznym przeciw jaglicy oka z tem zastrzeżeniem, że się go stosuje tylko w przypadkach zadawnionych, powikłanych z cierpieniami rogówki, a nie wykazujących obfitszéj wydzieliny ze spojówki.* W tych przypadkach, które nieraz źle znoszą zarówno lapis, jako też i kamień siny, sublimat święci tryumf zasłużony.

Jeżeli tylko chory może być pod okiem lekarza, najwłaściwszem będzie codzienne zmywanie powierzchni spojówki, a następnie nacieranie spojówki powiek odwróconych kawałkami waty, namoczonemi w rozczynie, zawierającym sublimat tudzież chlorek sodu. Zwykle rozpoczyna się od słabszych rozczynów (1 : 10000), stopniowo zaś można przejść do bardziéj stężonych, aż do $^1/_5\%$. Łatwo stwierdzić, iż w tym razie nawet stężone rozczyny sublimatu zwykle wywołują stosunkowo małe podrażnienie. Jak silnie należy nacierać powieki, o ile energicznym ma być taki masaż? trudno oznaczyć. Wszak niewiele jest równie skutecznych metod leczenia, gdzie by tyle zależało na nabytem doświadczeniu i umiejętnem indywidualizowaniu pojedyńczych przypadków, jak to ma miejsce przy wszelkim masażu, zwłaszcza przy masażu oka.

Skoro już wiadomo, że wpływ pomyślny sublimatu na wyżéj podane postacie jaglicy nie może w tym razie polegać li tylko na jego własnościach wydatnie bakteryjobójczych, należy szukać wyjaśnienia przyczyn skuteczności tego przetworu w innéj jego własności, mianowicie nie zapominajmy, iż ten środek, stosowany w rozczynach odpowiednich, jest lekiem ściągającym, sublimat działa tu analogicznie, jak

[1]) Patrz: Sprawozdanie z Zjazdu, umieszczone w Kronice Lekarskiéj z r. 1891, Nr. 9. str. 569. — [2]) Rozumie się, o ile, po zakropieniu sublimatu do worka spojówkowego, nie nakłada się opatrunku, a tem samem nie utrudnia odpływu wydzieliny.

i inne ściągające sole metaliczne. Na czem polega działanie ściągające? Jak dalece różnie zachowują się w tym względzie pojedyńcze przetwory téj grupy? Skąd wynikają te różnice farmakodynamiczne? Staraliśmy się w pracy niniéjszéj wyjaśnić, mając głównie na celu wyjaśnienie mało lub opacznie tłumaczonych wyników empiryi klinicznéj w zakresie lekowéj terapii chorób spojówki.

II. Z zakładu fizyjologicznego w Berlinie (oddziału histologicznego prof. Fritscha).

Przyczynek do histologii zębiny z podaniem nowéj metody sporządzania preparatów z zębów i kości.

Podał

Dr. W. Łepkowski,

b. asystent klin. chirurg. Uniw. Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 19).

Aby dać pogląd, jakie dziś istnieje wyobrażenie i zapatrywanie o przebiegu i zachowaniu się kanalików w dentynie, daléj o jéj strukturze, powołuję się li tylko na pracę Ebnera, aby porównawszy z preparatami robionemi za pomocą wyż podanéj metody, tem łatwiéj módz zwrócić uwagę na różnicę, jaka jest między opisem zębiny zrobionym według preparatów szlifowanych i odwapnianych kwasem solnym, a preparatów, o których powyżéj mowa.

Kanaliki przebiegają od jamy miąższu śródzębowego ku cementowi a względnie ku szkliwu. Kierunek ich jest w korzeniu prostopadły do osi korzenia, a idąc wyżéj do korony pochylają się coraz to bardziéj pod rozwartym kątem ku tejże osi, aż nareszcie kanalik stanowi jéj przedłużenie. Jeżeli śledzimy kanalik zębowy, to po największéj części można widzieć, że on szczególniéj w korzeniu nie zdąża wprost ku cementowi, ale przebiega w kształcie litery S. Większa ilość takich kanalików esowato na znaczniejszéj przestrzeni zakręconych stanowi zbitą w tem właśnie miejscu masę o bardzo ładnym jedwabistym połysku, w któréj Retzius 200 kanalików na jednéj linii narachował. Robiąc większą ilość preparatów szlifowanych z różnych zębów, przekonałem się, że nie w każdym zębie kanaliki jednakowo przebiegają. Są zęby, gdzie kanaliki te wężykowato kręcą się na całéj przestrzeni, a wtedy to zauważyć można, że kanalik taki bywa mniéj rozgałęziony. Często także napotykamy innego rodzaju nieprawidłowości, jak np. zdarza się, że na szlifie jest miejsce nawet o większéj przestrzeni, gdzie kanalików zupełnie nie ma, a naokoło tego miejsca w zbitszéj przebiegają masie. Są to wszystko obrazy nierównomiernego wapnienia dentyny tak, że przedstawićby sobie można, że wapno wtłacza się niejako między kanaliki i w jednem miejscu je rozsuwa, w drugiem zacieśniając. Najlepszym tego dowodem jest ilustracyja fig. 4 tablicy, gdzie widzimy w kilku miejscach czarną zbitą masę kanalików zębowych, w któréj niestety na fotografii nie można rozróżnić pojedynczych kanalików, lecz widać, że one w tą ciemną masę wchodzą i dalej z niéj wychodzą. Pod drobnowidem w silniejszem powiększeniu w téj ciemniejszéj przestrzeni pojedyncze kanaliki nawet rozróżnić można. Jak przy nienormalnym przebiegu kanalików wężykowatych, tak i tu spostrzegać można, że kanaliki takie wcale nie, albo tylko mało się rozgałęziają.

Kanaliki zębowe są od strony miąższu śródzębowego zawsze grubsze, gdy od strony cementu wydają się być delikatniejszemi. Ich średnica według Köllikera wynosi 1·3—1·5 μ. Ścianki ich składają się według Neumanna z złogów wapna, według innych zaś z tkanki łącznéj.

Jeżeli się przypatrujemy kanalikom zębiny na preparacie szlifowanym, widzieć dokładnie można, że kanaliki te mają jak gdyby przebieg rozgałęziających się naczyń. Z razu wychodzi od strony miąższu śródzębowego jeden pień, który się w pewnem oddaleniu częstokroć, chociaż nie zawsze dzieli na dwa kanaliki, które oddają na obydwie strony gałązki, na szlifowanym preparacie zwykle spiczasto zakończone i niezbyt długie. Rozgałęzienie to w pośrodku zębiny mniéj uwydatniają się w koronie, a więcéj w części korzenia. Na granicy szkliwa rozgałęzienia te drobne są widoczne i często tu i ówdzie napotykamy gałązkę przez tą granicę przechodzącą między pryzmaty szkliwa. Gałązka taka kończy się w niezbyt dalekiéj odległości od granicy zębiny, a zakończenie to nie jest spiczastem lecz pałeczkowatem. Zwraca na to uwagę Ebner nadmieniając, że granica między szkliwem a dentyną nie jest nigdy równą lecz falowatą. To samo znalazłem na preparatach podłużnego szlifu korzenia, gdzie widać jakby papile zagłębiającéj się ku cementowi dentyny. W korzeniu kanaliki zębowe bogatsze są znacznie w rozgałęzienia, bo też dentyna uboższą jest w części nieorganiczne. Jakby ciałka drobnych naczyń tak kanalik na obydwie strony oddaje mnóstwo gałązek, które czy między sobą anostomozują w przebiegu przez zębinę widzieć dokładnie nie można, a Ebner pisze, że te odchodzące gałązki w części tylko anastomozują, w części jednak widzimy je nie łączące się ze sobą, nadające podług Ebnera piórkowaty charakter kanalikowi.

O zakończeniach kanalików zębowych na granicy cementu mówi, że takowe gubią się między pustemi przestworami *(Intraglobularräume)*, widać jednak, że część ta jest pod względem kanalików więcéj zbitą i w tem właśnie miejscu posiadają więcéj rozgałęzień.

Pod względem pustych przestworów panuje w literaturze anatomii drobnowidowéj zębów kompletne zamięszanie. Na to jednak zgadzają się wszyscy, że rozróżniać należy większe przestwory puste, które mają się znajdować w pewnéj odległości od cementu, mają kształt nieregularny, tworząc przestwory o konturach półokrągłych, przedstawiając się jako wypełnione powietrzem, ściśle ograniczone miejsca.

Drugim rodzajem pustych przestworów jest tak zwana warstwa ziarnista Tomesa *(granular layer* Tomes). Warstwa ta widoczną jest prawie na każdym preparacie, gdy ten pierwszy rodzaj pustych przestworów wydaje mi się być rzadkością, bo na całą ilość zębów szlifowanych zaledwie w jednym coś podobnego znalazłem.

Pierwszy i drugi rodzaj tłomaczę sobie jako niedokładne zwapnienie dentyny, uważając ząb taki jako chorobowo dotknięty, mający w sobie przestwory puste z pewną predyspozycą do próchnicy. Obecnością zresztą tych pustych przestworów i ich znaczeniem zajmowali się: Czermak, Kölliker, Wedl, a rezultat tego wszystkiego jest, że przestwory puste, a mam tu na myśli głównie przestrzeń ziarnistą Tomesa, na granicy między zębiną a cementem się znajdują, a znaczenie ich dotąd niejasne i zagadkowe. Widzieć je tylko można na preparatach szlifowanych, gdy na odwapnionych brzytwą lub mikrotomem ciętych nie ma

o nich mowy. W podręczniku Józefa Metnitza[1]) znajdujemy rysunek dentyny z pustemi przestworami i tak dokładny opis, którego nigdzie więcéj nie napotykam, że w tych przestworach na świeżym preparacie znajduje się masa podobna do odwapnionéj zębiny tak zwana chrząstka zębowa, struktura jéj jest ta sama co zębiny, ponieważ widać wyraźnie kanaliki zębowe tamże przebiegające. O czemś podobnem nie znajduję ani wzmianki u Ebnera, który tak dokładnie literaturę uwzględniał, więc sprawę tę, którą Metnitz pomieścił, o ile mi się zdaje, pominąć można.

Zestawiwszy tak mniéj lub więcéj pokrótce to, co do téj chwili na podstawie szlifowanych i odwapnianych preparatów widzieć się dawało, nadmienię to, co zauważyłem przeglądając preparaty robione podaną metodą, popierając swoje twierdzenia w głównych zarysach światłodrukami, wykonanemi według fotografii z preparatów.

Fig. 1 stanowi szlif zęba poprzeczny, a obraz jéj jest to właśnie granica między cementem a dentyną. Fig. 2 jest cięcie przez ząb trzonowy także korzenia, odwapnionego kwasem mrówkowym i równocześnie jednoprocentowym roztworem chlorku złota zabarwionego. Na preparacie szlifowanym rozgałęzienia kanalików przedstawiają się nieco odmienniéj niż na drugim. Tu kanaliki rozgałęziają się, tworząc maleńkie niteczki śpiczasto się kończące, co widać pod silniejszem powiększeniem. Na granicy między cementem a zębiną gubią się w większéj części w ciemnéj masie ziarnistych przestworów Tomesa. Jeżeli spoglądniemy przez silniejsze powiększenie na fig. 2, śledząc pojedynczy kanalik, to widzimy go ciemno niebiesko zabarwionym, oddającym bardzo liczne gałązki albo raczéj pęczki, tem liczniejsze, im bliżéj znajdują się granicy cementu, które podobnie się przedstawiają jak gałązka ciernia lub głogu, któréj kolce nie są ostro zakończone. Fig. 3 tablicy przedstawia kilka kanalików zębiny pod imersyjnem powiększeniem $^1/_{12}$ (Zeissa). Światłodruk sporządzony jest według rysunku zdjętego z preparatu z fig. 2. Gałązki te między sobą w niektórych miejscach anastomozują, co wyraźnie na preparatach widać. Anastomozy te jednak są najsilniejsze i najczęstsze idąc ku granicy cementu. W niewielkiéj odległości od jamy miąższu śródzębowego widać, że kanaliki się dzielą i następnie równolegle obok siebie przebiegają. Nagle tuż przed dojściem do granicy cementu z kanalików tych wybujają rozgałęzienia znaczniejsze w formie sosenek, których wierzchołek dochodzi do saméj granicy cementu. Rozgałęzienia sosenkowate są tak znaczne i wyraźne, że tworzą na preparacie jakby zupełnie odrębną warstwę kanalików ciemno zabarwionych. Że rozgałęzienia te tu właśnie w tem miejscu anastomozują, to nie ulega wątpliwości, ale jakie znaczenie ma ta warstwa, mogę tylko czynić przypuszczenia, stawiając ją w ścisłym związku z warstwą ziarnistą Tomesa.

Wykonywając cały szereg preparatów szlifowanych, śledziłem w jakim właściwie związku znajdują się przestwory te puste z kanalikami zębowemi. Fig. 1. będzie na to najlepszą odpowiedzią. Widzimy na niéj mniéj lub więcéj w środku pola widzenia kanalik zębowy, wchodzący do przestworu pustego, stanowiący z nią jednę całość, przemawiający za tem, że ten pusty przestwór nie jest niczem innem, jak tylko rozszerzonym kanalikiem. W temże samem miejscu na przekroju barwionym złotem i odwapnionym kwasem mrówkowym widać ciemne miejsca, które tu wyraźnie się przedstawiają jako kanaliki rozszerzone i rozgałęzione, podobnie jak żyły w zatokach (*sinus*) zlewające się między sobą. Wydaje mi się trafnem przypuszczenie w obec tego zestawienia, że przestrzeń ziarnista Tomesa, że owe w niéj puste przestworki nie są niczem innem jak tylko rozszerzonemi kanalikami. Ich ścianki przy szlifowaniu ścięte zostały, a one były ochronną warstwą dla takiéj zatoki, stanowiącéj punkt zejścia różnych gałązek z różnych kanalików. Skoro zaś ścianki owe usunięte zostały, powstaje przestrzeń pusta na suchym szlifowanym preparacie wypełniona powietrzem, która nie ma żadnego związku z niedokładnem zwapnieniem zębiny. Jeżeli się przegląda preparat szlifowany, to widzieć można, że ta granica ziarnista Tomesa niejednakowo się przedstawia naokoło całego przekroju korzenia, w jednych miejscach jest ona szerszą i przestronniejszą, w drugim węższą a nawet zupełnie niknącą na tymże samym preparacie. To samo spostrzedz można w sosenkowatéj warstwie preparatów złotem barwionych. Może i to więc byłoby także dowodem, że warstwa sosenkowata albo powiedzmy warstwa zatok i warstwa ziarnista Tomesa są ze sobą identyczne. Chcąc się przekonać, czy sprawa ta daje się przeprowadzić i uogólnić, zrobiłem przekrój z długiego przedniego zęba świnki morskiéj, która, jak na fig. 5 widać przy silniejszem powiększeniu wyraźniej, ma też samą warstwę sosenkowatą co ząb ludzki. Przeciwko téj hipotezie przemawiać może tylko nieco odległe umieszczenie warstwy sosenkowatéj od saméj granicy cementu. Może jest ta warstwa naznaczonym zwojem (*lamella*) zęba. Prawie zupełnie identyczny rysunek ostatniemi czasy wykryto w preparatach szlifowanych zębów słonia, gdzie na przejściu ze zwoju do zwoju sosenkowatą warstwę widzieć można.

Jak nie na każdym szlifie zęba można widzieć warstwę ziarnistą Tomesa, tak też nie na każdym preparacie warstwę sosenkowatą można spostrzegać. Zależy to widocznie od tego, jak padł ten szlif, czy płaszczyzną swoją objął tę warstwę, czy też padł poniżéj lub powyżéj, gdzie się ta warstwa nie znachodziła.

Pytanie, co się właściwie znajduje w kanalikach zębowych, nie może być tak łatwo rozstrzygnięte. O ile z opisanego rozłożenia ich w zębinie wnioskowaćby można, znajdować się tam musi nie substancyja stała ale płynna, która może krążyć w kanalikach, bo gdyby była stałą, na co potrzebneby były te zatoki, te anastomozy, jakie na granicy pomiędzy cementem a zębiną znajdujemy. Jakąkolwiekbądź ona jest, sądzę, że jedynie chemiczne reakcyje na plasmy i białka, jeżeli się takowe dadzą pod mikroskopem przeprodzić, jéj jakość i rodzaj rozpoznaćby mogły.

Faktem jest, jak to już w opisie metody nadmieniłem, że zęby świeże, dopiero co wyjęte i zaraz badane, barwią się daleko łatwiéj i regularniéj. Zęby stare, dawno wyjęte barwią się wprawdzie, ale niedokładnie, częściowo i to najbardziéj w częściach odległych od powierzchni, a więc nie mogących tak łatwo wyschnąć. Czy więc podana metoda robienia preparatów za pomocą odwapnienia kwasem mrówkowym, z równoczesnem zabarwieniem chlorkiem złota rzeczywiście barwi tkankę w kanalikach zawartą, czy też tylko mamy do czynienia ze złogami złota metalicznego w kanalikach, na to porównanie takich dwóch kanalików, t. j. zęba świeżego i zeschłego najłatwiéj odpowiedzieć może.

[1]) Josef v. Metnitz: *Handbuch der Zahnheilkunde.* Wien 1891, str. 35.

Ostatnia figura przedstawia jedną płytę zęba trzonowego świnki morskiéj, traktowanego tą samą metodą. I tu kanaliki wyraźnie się zabarwiły i dają możność rozpatrywania budowy w najdokładniejszych jéj odcieniach. Sądzę, że tym sposobem technika drobnowidowego badania kości i zębów zostaje znacznie ułatwioną, gdy z dokładnością szlifowanych preparatów z zabarwionemi kanalikami, z możnością krajania mikrotomem badanego materyjału, dział ten badań w dziedzinie drobnowidowéj anatomii zębów i kości bardzo przystępnym się staje.

Pod koniec niech mi wolno będzie W. Panu prof. Fritschowi, w którego laboratoryjum pracę niniejszą wykonałem, jako i docentowi Dr. Bendzie, pod którego kierunkiem pracowałem, wyrazić moje jaknajgłębsze podziękowanie.

III. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza.

O pasorzycie zimnicy.

Studyjum kliniczno-etyjologiczne.

Napisali

Prof. Dr. St. Pareński i Dr. Stefan Blatteis.

(Dok. Patrz Nr. 19.)

Według Kelscha podczas napadu ilość ciałek białych znacznie się zmniejsza i to znaczniéj jeszcze niż ciałek krwi czerwonych tak, że stosunek pozostaje 1—2 na 1000. Wogóle według niego z powiększaniem się obrzęku śledziony zmniejsza się ilość leukocytów, a ze zmniejszaniem się jego wybitnie się zwiększa. Według naszych obserwacyj z twierdzeniem Böckmanna zgodzić się nie możemy. Przeciętnie biorąc nie uważaliśmy wybitniejszych zmian stosunku ciałek białych do czerwonych (D. Pury 1 : 463).

Zajmując się badaniem plasmodium co się tyczy jego istnienia we krwi, jego rozwoju i warunków pod jakiemi się w naszych przypadkach pojawiał, nie poprzestaliśmy tylko na tem, lecz staraliśmy się również śledzić pod mikroskopem jego zachowanie się pod wpływem zadawanych leków i szybkość, w jaki one pasorzyty zabijały.

Z pomiędzy przypadków przez nas obserwowanych opuściły szpital trzy bez żadnego leczenia. To znaczy, że plasmodyja ginąć mogą a tem samem i napady zimnicy ustają bez jakiegokolwiek leczenia. W tych trzech przypadkach, które przebiegały z dreszczami silnemi i wykazywały we krwi liczne plasmodyja, zniknęły pasorzyty zupełnie bez użycia żadnego środka, a napady ustały i prawdopodobnie nie powróciły, ponieważ chorzy mając zalecone, aby w razie powrócenia się ponownego zimnicy znów się do szpitala zgłosili, dotąd tego nie uczynili.

Lekami, do których nasze obserwacyje się odnoszą, były: chinina, błękit metylenu, kwas salicylowy, salicylan sodowy, antipiryna i antifebryna.

Najwybitniejsze z pośród nich zajmuje miejsce chinina. Wpływ jéj na plasmodyja badaliśmy na pięćdziesięciu przypadkach. We wszystkich znikały plasmodyja i ich zarodniki najdaléj w pięć dni od rozpoczęcia jéj zażywania

Bezpośrednie zetknięcie się z niemi rozczynu chininy nawet 0·5% na stoliku ogrzewanym niszczy w kilku sekundach ruchy ameboidowe pasorzyta. Jednakowoż nie jesteśmy zbyt pochopni do uznawania tego doświadczenia za dowód, przekonaliśmy się bowiem, że 2% rozczyn soli kuchennéj znosi również ruchy rozwiniętego pasorzyta.

Odmiennie rzecz się ma z zarodnikami, te bowiem tak samo jak są obojętnemi na wpływ ciepłoty niższéj (w świeżym preparacie na nieogrzanym stoliku, niezmiennie się utrzymują), tak też po jakimś dopiero czasie i to po dodaniu silniejszych rozczynów chininy tracą swoje żywe ruchy.

Podawanie chininy wewnętrzne stwierdza również ten fakt, że zarodniki opierają się działaniu chininy, i że ona działa głównie na rozwinięte pasorzyty śródciałkowe, jeżeli bowiem podamy choremu chininę na trzy lub cztery godziny przed napadem zimniczym, to jest w czasie, w którym się we krwi zarodniki znajdują, to wystąpieniu napadu nie zapobiegniemy, a jeżeli ją zaś zadamy w pewien czas po napadzie, to jest w czasie, gdy młode pasorzyty wśród ciałek krwi napotykamy (w przypadkach czystych, gdzie mamy do czynienia z jedną tylko generacyją w rozwoju będącą) napadu nastąpić mającego zupełnie nie dopuszczamy (Plehn).

Formy półksiężycowe według podania autorów więcéj się działaniu chininy opierają. W téj mierze jednak nie mieliśmy sposobności nabrać doświadczenia, jak to wykazują historyje chorób pięciu chorych, w których krwi owe półksiężycowate postacie pasorzyta występowały.

Również działanie wybitne na plasmodyja posiada błękit metylenu. We wszystkich przypadkach, w których podawaliśmy go jużto podskórnie w dawce 0·10—0·15 dziennie, jużto wewnętrznie od 0·25 do 1·00, dreszcze po jednéj dawce ustępowały, a plasmodyja w pięć do sześciu dni z krwi znikały. Co do form półksiężycowych, to również uważaliśmy, że one pod leku tego działaniem znikały, do tego jednak czasu dłuższego potrzeba.

Czy i o ile lek ten chininie dorównać może i czy napady zimnicy trwale usuwa, na innem miejscu późniéj wspomnieć zamierzamy, dziś zaznaczamy to, że preparat chemicznie czysty (używaliśmy preparatów Mercka) żadnych ubocznych objawów ani też następstw ujemnych nie wywołuje. W przypadkach lżejszych tak chinina, jak i błękit metylenu znosiły po jednéj dawce napady zimnicze zupełnie a plasmodyja w dwóch dniach ginęły. W cięższych przypadkach uważaliśmy, iż napad wybitny w czasie, w którym powinienby się był pojawić, wprawdzie nie wystąpił, lecz stwierdzono podniesienie się ciepłoty a przed temże podniesieniem się liczniejsze występowały pasorzyty.

Z innych leków zauważyliśmy, że antipiryna i antifebryna znosiły w kilku przypadkach napady, lecz one w dwóch tylko przypadkach się nie wróciły (samouleczone?), w innych zaś po niedługim czasie ponownie wystąpiły. W tych ostatnich przypadkach utrzymywały się pasorzyty w krwi w skąpéj ilości (przedewszystkiem w czasie wystąpić mającego dreszczu).

Salicylan sodowy i kwas salicylowy podawane wewnętrznie również albo na plasmodyja zupełnie nie działają lub też żywotność ich tylko na krótki czas upośledzają.

Podając w niniejszéj rozprawce wyniki naszych badań nad plasmodyjum zimniczem sądzimy, że nie spotkamy się z żadnéj strony z zaprzeczeniem temu twierdzeniu, że wykrycie obecności tego pasorzyta we krwi ma znaczenie bardzo wielkie nie tylko w kierunku rozpoznawczym, lecz również w kierunku terapeutycznym i prognostycznym.

Wykrycie jego we krwi jest bardzo łatwem, jeżeli się posiada mikroskop dobry, z doskonałą soczewką imersyjną, a co jeszcze lepszem z imersyją „apochromat“; nie wymaga żadnych przygotowań, gdyż przy jakiéj takiéj wpra-

wie na prędce bez barwienia uskutecznić się daje. Dopiero po stwierdzeniu ich istnienia w danym przypadku można dla dokładności posłużyć się badaniem krwi barwionéj.

Ważność rozpoznawcza plasmodyjum jest wielka, przy jego bowiem obecności we krwi nie ma wątpliwości najmniejszéj o zimnicy, a przy braku jego jesteśmy w możności z wszelką kategorycznością sprawę zimniczą wykluczyć. Nadto jesteśmy w stanie opierając się na ich ilości, postaci, na obecności zarodników, oznaczyć formę, ciężkość i przebieg sprawy zimniczéj.

Pod względem terapeutycznym, wykrycie plasmodium zimniczego, ma nader wielkie znaczenie, służyć bowiem może tak za wskazówkę, jak i za kontrolę leczenia; jako skazówkę dla tego, że nakazuje nam podawać środek przeciw zimnicy, jak dotąd najdzielniejszy t. j. chininę i poucza nas, kiedy chinina podaną być może. Doświadczenia bowiem wykazały, że chinina działa li tylko na rozwinięte, śródciałkowe pasorzyty, a że zarodniki jéj się opierają. To też podanie chininy tam gdzie mikroskop wykazał, że sporulacyja już się rozpoczęła lub nawet odbyła, nie ma celu, albowiem napadowi zimniczemu nie zapobieży. Najodpowiedniejszem jest podanie chininy w jakiś czas po napadzie, kiedy we krwi wykazać można dojrzałe śródciałkowe ameby.

Za kontrolę leczenia służy plasmodyjum dla tego, że zapobiega podawaniu chininy w przypadkach, gdzie mimo pozornego wskazania, podawanie jéj przy nieobecności plasmodium we krwi jest zupełnie niepotrzebnem, lub też w przypadkach, w których chinina dłużéj zażywana plasmodyja usunęła i przez to stała się zbyteczną.

IV. Uwagi nad leczeniem w Sanatoryjach dla chorych na gruźlicę płuc.

Napisał

Dr. M. Jaworski,

profesor w Uniwersytecie Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 19.)

Przeważna część chorych, zwłaszcza młodych, których posyłamy w uzdrowiska klimatyczne, zapomina zupełnie o życiu higieniczném i zachowuje się tak, jakby nie dla leczenia, lecz jedynie dla rozrywek opuścili dom rodzinny. Zabawy, tańce, gry hazardowne trwają do późnéj nocy; przez całe dnie niepogodne i wieczory przebywają mężczyźni w kawiarniach i piwiarniach, przepełnionych pyłem i dymem tytoniowym. Bezmyślne wspinanie się po stromych szczytach gór, wiosłowanie po jeziorach, sankowanie, łyżwowanie, wycieczki karkołomne nawet kilkudniowe odbywają się bez względu, czy stan zdrowia na to pozwala czy też nie: o wypoczynku, wygodach, należytém żywieniu w czasie tych wycieczek nie ma mowy. Można nie tak rzadko między wycieczkującymi napotkać i takich, którzy do 39° gorączkują. Tego rodzaju nadużyciom może tylko leczenie zakładowe zapobiedz, gdyż tylko w zamkniętym zakładzie ma lekarz w swéj mocy, zapędy chorych miarkować i na rozrywki stosownie do stanu choroby pozwalać. Dla młodych i nierozważnych osób jest sanatorium jedyném miejscem, w którém oni klimatycznego leczenia z korzyścią używać mogą.

Pobyt w miejscach klimatycznych otwartych, zwłaszcza we włoskich, ma tę dla chorego niekorzystną stronę, że tenże bez żadnego racyonalnego powodu, a zwykle z kaprysu lub namowy innych, swój pobyt ciągle zmienia, a ostatecznie nie tam się umieszcza, gdzie jego stan chorobowy się polepsza, lecz tam gdzie się najlepiéj bawi albo wiele osobliwości zwiedzić może; a przeceniając zwykle swój stan zdrowia, te wszystkie zwiedzania przypłaca najczęściej pogorszeniem choroby. Pobyt w sanatoryach temu zapobiega; nadto podaje lekarz zakładowy choremu dyrektywę, kiedy stan zdrowia i pora roku dozwalają powrót do domu przedsiębrać. Jest to zawsze rzeczą bardzo ważną dla wszystkich pacyentów z chorobami narządu oddechowego, kiedy odbywać mają powrót do domu ze stacyj klimatycznych. Już niejeden przez nieoględność w tym względzie stracił wszystko, co przez sezon uzyskał. Faktem jest, że wszędzie w Europie, niewyjmując nawet Neapolu i Malagi, stosunki klimatyczne w marcu są bardzo niekorzystne. A nasze pojęcia o rajskiej wiośnie marcowéj we Włoszech istnieją tylko we wyobraźni. Z końcem marca dopiero rozpoczyna się ustalać pogoda wiosenna na samych krańcach południowej Europy (w Sycylii, Maladze, Neapolu), w połowie kwietnia w środkowych Włoszech (w Rzymie), a z końcem kwietnia we Włoszech połnocnych (we Wenecyi) i tam jest kwiecień rzeczywiście miesiącem rozkwitu. U nas ustala się wiosna o miesiąc później t. j. dopiero w maju. Stąd wypada, że najmniej na zmianę klimatu chory zostaje narażony, jeżeli tam zostanie przez marzec i kwiecień, gdzie był przez zimę, a w maju dopiero do domu powróci. Podobnie ma się rzecz i z uzdrowiskami wysokogórskiemi. Różnicę w przejściu z rozrzedzonego powietrza do więcej zgęszczonego uczuwa zawsze chory ustrój, a uczuwa ją szczególnie wtedy niekorzystnie, jeżeli powrót do nizin odbywa się nagle i w stosunki klimatyczne niekorzystne, jakie u nas w marcu panują. Stąd też i doświadczenie wykazało, że powrót z uzdrowisk wysokogórskich do nizin najkorzystniej się odbywa w czasie, kiedy wiosna sie ustaliła, a ziemia zielenią się już dobrze pokryła, t. j. w maju. Na tego rodzaju rady lekarskie zważa jednak tylko chory, który nauczył się oceniać wartość i wpływ higienicznego życia w zakładzie leczniczym.

Pominąwszy dalej okoliczność, że hotele nie mogą pomocniczemi środkami leczniczemi, jak leczeniem gimnastycznem, zabiegami wodoleczniczemi i t. p. racyonalnie posługiwać się, weźmy na uwagę przypadki zachorowania w miejscu klimatyczném. Już nieznaczne zaniemożenie, na które chory nie zwraca zwykle uwagi, a które u tego rodzaju chorych może się w następstwach okazać poważném, jak zwiększenie kaszlu, nieżyt nosa lub krtani, kłócie opłucnowe, objawy dyspeptyczne i t. p., stara się lekarz mając chorego w zakładzie stale pod okiem, w samych początkach usunąć. W razie poważniejszego zachorowania, co za różnica między pielęgnacyą chorego w hotelu, który się usiłuje ciężko chorego wszelkiemi sposobami pozbyć, a w sanatoryum na ten cel urządzoném? Jakie moralne uspokojenie dla chorego pozbawionego rodziny, zwłaszcza w obcym kraju, jeżeli widzi, że stale czuwa nad nim lekarz, który równocześnie odgrywa rolę moralnego opiekuna pośredniczącego między nim, a rodziną?

Ostatecznie pobyt chorego w sanatorium okazuje się korzystnym dla niego na całe dalsze życie, bo stanowi szkołę, która go uczy, jak na przyszłość ma się zachować, aby się przy zdrowiu utrzymać. Nadto poznawszy możność przeniesienia, a równocześnie zapobieżenia chorobie, stanie się oględnym w obcowaniu z rodziną, jeżeli laseczników się nie pozbył, a w razie wyzdrowienia będzie tém więcéj uważał

na zachowanie czystości, aby on i jego rodzina takowych nie nabyli. Tém samém przyczyni się pośrednio do tak pożądanéj profilaktyki higienicznéj przeciw gruźlicy płuc.

Z tego, co się dotąd powiedziało okazuje się również, że korzyści, które chorzy ze sanatoryów odnoszą, zależeć będą nie tylko od urządzenia takowych, ale w znacznéj części od osobistości kierującego lekarza. Do tak trudnego a wielce żmudnego zadania, jak zajęcie się całodzienne kapryśnymi zwykle chorymi, zwłaszcza jeżeli zakład jest wielki, nie wystarcza tylko wiedza i dobra wola, ale niezbędne są energia, wytrwałość i cierpliwość w połączeniu z wielkim taktem, jakoteż zamiłowanie i sumienność w pełnieniu obowiązków. Najlepiéj urządzony zakład nie wyda należytych wyników terapeutycznych, jeżeli mu brak osobistości, którąby zdołała wymódz na opornych często chorych spełniania higienicznych i leczniczych przepisów.

Aczkolwiek leczenie gruźlicy płuc w sanatoryach zamkniętych przedstawia na teraz jeszcze najlepsze szanse wyzdrowienia, nie można pominąć téj ważnéj okoliczności, że ono jest przystępne tylko dla zamożnych. Koszta pobytu wynoszą obecnie dziennie 10—15 marek, a leczenie trwa całemi miesiącami, a nawet latami. Nadto rozdziela to leczenie chorego na długi czas od rodziny i zajęcia zawodowego. Koszta jednak o tyle dają się niekiedy zmniejszyć, że chorych można w sanatorium bez towarzystwa pozostawić, nawet młode panny i kobiety chore bywają bez towarzystwa starszéj osoby lekarzowi zakładowemu, a względnie jego rodzinie w opiekę oddawane, na co ogólnie przyjęty zwyczaj nie dozwoliłby, gdyby te osoby miały być pozostawione same w hotelach otwartych. Następnie można część kosztów dla mniéj zamożnych o tyle ominąć, że takowych na pierwszy sezon posyła się do zakładu, by tam poznali urządzenia i życie zakładowe, a w razie potrzeby dalszego leczenia mogli takowe w następnym roku, stosując się do nabytego doświadczenia, po za zakładem przedłużać.

Obecnie i dla téj małéj ilości chorych zamożnych, któraby chciała ze sanatoryjów korzystać, ilość takowych jest niedostateczną. We Włoszech, Francyi i w Anglii znajdują się nad brzegami morza tylko sanatoryja dla dzieci zołzowatych, powstałe z ofiarności prywatnéj. Na lądzie stałym mamy przeważnie w Niemczech i w Szwajcaryji sanatoryja dla chorób płucnych prowadzone według wymogów hygyjeny i dyjeteki lekarskiéj. Idąc według wzniesienia nad poziom morza, znajdujemy następujące ważniejsze sanatoryja:

65 m. Honnef nad Renem (preuss. Rheinprovinz); na 100 chorych; kierownik dr. Meissner.

400 m. Falkenstein pod Frankfurtem nad Menem; na 120 chorych; kier. dr. Dettweiler.

560 m. Görbersdorf na Szlązku pruskiem ma dwa sanatoryja: Jedno zmarłego dra. Brehmera; na 300 chorych; obecny kier. dr. Achtermann. Drugie dra. Römplera.

692 m. Reiboldsgrünn w Saksonii; na 130 chorych; kierownik dr. Driver.

772 m. St. Blasien w Schwarzwald we W. Ks. Badeńskiem; na 50 chorych; kier. dr. Haufe.

1576 m. Davos-Platz we wschodniéj Szwajcaryi; na 65 chorych; kierownik dr. Turban; asystent dr. Pradella. To najwyżéj położone sanatoryjum jest w lecie i w zimie otwarte.

Leczenie suchot płucnych w zakładach zamkniętych jest kierunkiem stosunkowo nowym we ftizioterapii. Wyniki dotychczasowe są zachęcające, gdyż lepsze, niż z każdego innego postępowania. Kierunek ten zasługuje przeto na poparcie ze strony lekarzy. Pomimo to znaczna część obecnych praktyków zajmuje jeszcze w tym kierunku dość obojętne, a przytem dziwne stanowisko. Wypuszcza bowiem chorych ze swéj lekarskiéj opieki a oddaje na los szczęścia hotelierom, na których lekarze zdrojowi zwykle żadnego wpływu nie mają. Tym sposobem bezwiednie sami lekarze przyczyniają się do rozwielmożnienia przemysłu hotelowego zdrojowego, głuchego na wymogi higieniczne i lecznicze, zgubnego dla chorych, a trzymającego w poniżającéj zależności lekarzy zdrojowych. Postęp i wyniki leczenia w uzdrojowiskach mogą się tylko wtenczas polepszyć, jeżeli lekarze na urządzenie takowych i na tryb życia chorych podczas pobytu w nich większy wpływ niż dotąd osiągnąć zdołają. A takowy da się najłatwiéj wywierać przez zakładanie specyalnych zakładów leczniczych, organizując spółki przedsiębiorcze pod kierunkiem lekarzy.

Wobec wielkiéj częstości suchot płucnych powinnyby sanatoryja w stosownych na ten cel miejscowościach w każdym kraju się znajdować; a to w celu, aby leczenie uczynić mniéj kosztownem, a rozłączenie się z rodziną i z krajem mniéj uciążliwem. Szczególniéj należałoby ofiarność prywatną i publiczną pobudzić do zakładania sanatoryów dla suchotników z niezamożnych warstw ludności tak zwanych *ludowych sanatoryów*, którą to sprawą zajęły się obecnie gorliwie gminy: berlińska i paryska. W takich zakładach należałoby obowiązkowo wszystkich chorych z początkową gruźlicą płuc umieszczać. Zajęcie się tą sprawą jest nie małéj wagi, jeżeli się zważy, że społeczeństwo i rodzina tracą siódmą część najpożyteczniejszych swych członków, bo w sile wieku, na tę skrytą chorobę, która jednak w początkowym okresie leczona, daje wyniki zadowalające.

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Lewaszew (Kazań): **O drobnoustrojach duru osutkowego** (tymczasowe doniesienie).

Mając do rozporządzenia większą liczbę chorych na dur osutkowy, który epidemicznie w Kazaniu i okolicy szczególnie ostatniéj zimy występował, przedsięwziął autor liczne badania krwi, którą otrzymywał z punkcyi śledziony strzykawką Pravaza oraz z palca. L. zwraca uwagę, że do badania drobnowidowego należy brać bardzo małe kropelki krwi i posługiwać się silnemi powiększeniami. Przeglądając pod mikroskopem kropelkę krwi pochodzącéj z śledziony chorego na dur osutkowy, znajduje się w niéj między ciałkami czerwonemi krwi drobne, okrągłe twory, silnie łamiące światło, które stosownie do ustawienia mikroskopu są ciemne, jasne lub mocno lśniące. W świeżych preparatach twory te okazują energiczne ruchy, nie wprawiają jednak w ruch ciałek czerwonych, prawdopodobnie z powodu drobnych swych wymiarów.

Im dłuższy czas upływa od chwili wzięcia krwi z chorego, tem ruchy stają się powolniejsze, a po pewnym czasie znikają zupełnie. Niekiedy zauważa się w tworach opisanych ziarnka czarnego barwika, który L. uważa za zmieniony barwik krwi. Badając dokładnie te twory, dostrzega się, że jeden z ich biegunów się wydłuża i przechodzi w cieniutką, mniéj lub więcéj długą nitkę poruszającą się szybko w wszystkich kierunkach. Niekiedy pojawiają się także wolne nitki.

Jakkolwiek badanie wykazuje obecność 3 postaci drobnoustrojów i koków, koków z nitkami i samych nitek (*spirochaeti*), L. przypuszcza, że są to różne postacie tych samych mikrobów. Podczas opadania gorączki, a czasem jeszcze przed niem, ilość tworów się zmniejsza, a ich ruchy są powolniejsze. We krwi otrzymanéj z palca mikroby znajdują się nie zawsze i w znacznie mniejszéj ilości. Przeszczepiając krew na surowicę agarową, otrzymał L. po 24 godzinach w głębszych warstwach pożywki obłoczkowate hodowle, które pod mikroskopem występowały jako czyste mikrokoki. Autor nadal postępuje w swych badaniach i ogłosi wyniki z tychże po ich ukończeniu. (*Deut. med. Wochensch.* 1892. Nr. 31.) *Dr. Beck.*

Patologija.

V. Gascuel (Paryż): Przyczynek do nauki o malum perforans.

Prace ostatniego dwudziestolecia w sprawie *malum perforans pedis* wykazały, że nie należy choroby téj pojmować jako jednostkę chorobową, lecz jako objaw często zapowiadający chorobę ciężką. Autor przepatrzywszy dokładnie całą literaturę odnośną ostatnich lat dwudziestu, zestawia choroby, w ciągu których objaw ten był spostrzeganym; mianowicie zauważano go w uwiądzie rdzenia, cukrówce, alkoholizmie, nerwicach różnych, wreszcie w *paralysis generalis*. Jakkolwiek zmiana ta pod wpływem leczenia ustępuje, to jednak każe zawsze spodziewać się możliwych nawrotów. (*Gaz. médic. de Paris.* 1892. Nr. 11.) *Dr. Wachholz.*

Choroby skórne i weneryczne.

Paschkis (Wiedeń): O tatuowaniu skóry celem tworzenia brakującego barwika.

Tatuowanie, było dotychczas przedmiotem, którym tylko zajmowali się antropologowie i podróżnicy. W dziedzinie medycyny praktycznéj korzystali z tego sposobu najpierw okuliści, zapuszczając barwik w rogówkę. Autor wpadł pierwszy na myśl stosowania tatuowania w przypadkach braku barwika w niektórych okolicach skóry, które w prawidłowym stanie zawierają barwik. Tatuuje się zazwyczaj za pomocą kilku igieł, związanych na końcu patyczka w ten sposób, iż końce ich tworzą równą płaszczyznę. Pędzel ten iglasty wbija się na 1 milimetr w skórę przez co tworzą się małe w niéj otworki. Następnie powleka się to miejsce zapomocą zwyczajnego pędzla farbą, która wnika w otworki. Po pewnym czasie zmywa się resztę farby wodą. Skóra obrzęka, powstają strupy, a po ich odpadnięciu skóra zostaje stale zabarwioną. Jako barwika używają plemiona mające zwyczaj tatuowania się tuszu, sadzy, węgli drzewnych, lub cynobru; ten ostatni nie jest dla ustroju obojętny a nadto wywołuje zazwyczaj silny ból. W celach leczniczych musimy użyć środka o barwie podobnéj barwy skóry. Autor używa w tym celu farb malarskich, jednakże zwraca uwagę na to, żeby nie zawierały ołowiu. Tak miejsce tatuowane jakoteż i igły należy zmywać płynem przeciwgnilnym, by nie sprowadzać zakażenia. Ból jest bardzo mały a obrzmienie skóry znika w przeciągu dni kilku. W ten sposób zabarwił autor w celach kosmetycznych, zwłaszcza u kobiet, barwą naturalną ciała ludzkiego blizny szpecące, *angiomatu, naevi, leutigines, chloasmata* etc. Do każdego tatuowania należy oczywiście dobrać inną farbę, od barwy reszty ciała zależną.

Tak więc dzięki Paschkisowi, znanemu pracownikowi w dziedzinie kosmetyki skóry, na pociechę rodu niewieściego, zwyczaj barbarzyński narodów dzikich znalazł zastosowanie praktyczne. (*Wr. m. Woch.* Nr. 4, 1892.) *Dr. Mendelsburg.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 6 kwietnia 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło — Członków obecnych 53.

Odczytany protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto. 1) *a*) Kol. Prezes odczytuje pismo zeszłorocznego prezesa kol. Głuzińskiego na ręce komitetu przesłane, w którem prof. Głuziński dziękuje komitetowi i członkom Towarzystwa „za zaszczycenie go ucztą koleżeńską w uznaniu jego urzędowania“. *b*) Następnie zawiadomił członków o rekursie wniesionym do Dyrekcyi Skarbu w sprawie zapłacenia ekwiwalentu

2) Przedstawił z ramienia komitetu na nowych członków Tow. koll. Drów: Hermana Hirscha, Ludwika Katyńskiego, Bolesława Madejskiego, Wiktora Słapę, Stefana Schönguta. Koll. ci otrzymali po 35 głosów na 35 głosujących.

3) Kol. Sroczyński przedstawia: *a*) Chorego z kliniki chorób ocznych, u którego wydobyto za pomocą elektromagnesu odłamek żelaza, który wpadł do oka i znajdował się w ciałku szklanem. Bystrość wzroku była przytem prawie w całości zachowana. Prelegent stwierdza, że w takich przypadkach można zwykle rozpoznać ciało obce za pomocą wziernika, a ostrzega przed zbyt pochopnem stosowaniem atropiny. Co do statystyki operacyj wydobycia odłamka żelaza za pomocą elektromagnesu podaje, iż wszystkich znanych w literaturze operacyi jest 154. Omawia w końcu rokowanie i stwierdza, że jest ono najlepsze w świeżych przypadkach, a operacyja wcale wykonać się nie da, gdy odłamek wklinuje się w twardówkę lub gdy ciało obce jest otorbione. *b*) Drugi przypadek przedstawiony przez kol. Sroczyńskiego dotyczy choréj, u któréj wcześnie rozpoznano za pomocą wziernika nowotwór, a mianowicie *Melano-sarcoma corporis ciliaris.* Rozpoznanie u tym przypadku ułatwiła w znacznym stopniu plamka ciemna na zewn. i w górę od rogówki się znajdująca i już gołem okiem widzialna. Chora ta utraciła już dawniéj jedno oko, rokowanie przeto w obec podwyższonego ucisku śródocznego i rozpoznanego nowotworu było jak najgorsze. Bystrość wzroku szybko bardzo malała, skoro chora w chwili przyjęcia do kliniki miała bystrość wzroku $^6/_{36}$ a obecnie tylko $^1/_{10}$. Prelegent omawia pokrótce dyjagnostykę i przebieg tego rodzaju nowotworów ciałka rzęskowego, przyczem można 3 okresy choroby wyróżnić: w pierwszym obok objawów podmiotowych wykazać można wziernikiem oderwanie siatkówki o powierzchni gładkiej, w drugim zwiększenie ucisku śródocznego, w trzecim zaś przebija nowotwór twardówkę i szerzy się w sąsiednie tkanki. Rozpoznanie niekiedy bywa trudnem, jakkolwiek w tym przypadku było łatwe.

W dyskusyi nad drugim przypadkiem przez kol. Sroczyńskiego przedstawionym, zabiera głos kol. prof. Rydel i wskazuje trudności, z jakiemi okulista w tych razach ma do walczenia, raz z określeniem choréj jéj rzeczywistego stanu, drugi raz z właściwem leczeniem, mianowicie w tym przypadku, gdzie chora już jedno oko dawniéj utraciła, a dziś zajęte jest drugie złośliwym nowotworem. Rokowanie jest zupełnie jasne, t. j., z wyłuszczeniem gałki dotkniętéj nowotworem wątpliwe a bez wyłuszczenia złe. Dla oszczędzenia saméj choréj jest mówca zdania, aby w tym razie kilkanaście tygodni poczekać, aż chora zupełnie ociemnieje i potem dopiero wyłuszczyć gałkę, opierając się na doświadczeniu, iż przerzuty nowotworu do wątroby, a z tem i niepomyślne zakończenie sprawy nowotworowéj trwają niekiedy dość długo, bo w przypadkach prof. Rydla upłynęło raz 7 lat od chwili rozpoznania nowotworu w oku, drugi raz 11 lat aż do przerzutów w innych organach i do śmierci. Na czekaniu zyskuje przedewszystkiem lekarz, oszczędzając sobie przykrość wypowiedzenia choréj całéj prawdy i unikając niepewności, czy namawiać chorą do enukleacyi czy nie, chora zaś nie tylko nie traci, ale owszem zyskuje kilkanaście tygodni widzenia przynajmniéj jednem okiem.

Kol. Obaliński zgadza się z zapatrywaniem kolegi Rydla.

Kol. Rydygier sprzeciwia się twierdząc, iż obowiązkiem lekarza jest całą prawdę choremu powiedzieć, bo z każdym tygodniem widoki co do recydywy stają się gorsze, rozstrzygnięcie zaś, czy operować zaraz, radzi zostawić saméj choréj.

Kol. Sroczyński zaznacza, że wiek choréj pozwala przypuszczać, że w obec powolnego przebiegu sprawy przerzu-

towéj nie jest wykluczoną możność, iż chora się nie doczeka przerzutu.

W dyskusyi zabierali jeszcze głos kol. Rydygier, Mars i Rydel.

4) Kol. Obaliński przedstawił rzadki bardzo przypadek chorobowy, który też z tego względu będzie drukiem ogłoszony; pokazał przytem rysunek przedstawiający stan chorego w chwili przyjęcia go do szpitala na oddz. chirurgiczny. U młodego mężczyzny znajduje się w okolicy mięśnia piersiowego większego, po stronie prawéj, nowotwór płaski o brzegach wypuklonych, mających kształt kiełbasowaty po wierzchu pozbawionych częściowo przyskórka; guz jest twardy wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Obraz dzisiaj jest już nieco zmieniony, gdyż nowotwór wśród obserwacyi powiększa się tak, że przestrzeń skóry prawidłowéj w środku pierwotnie większa do chwili obecnéj się zmniejszyła. Prof. Obaliński nie spostrzegał dotychczas takiego guza, a zwlaszcza takiéj jego postaci. Co do rozpoznania, to myśléć tu można o keloidzie prawdziwym, o sprawie analogicznéj jak na nosie Rhinoscleroma, o Sarcoma, wreszcie o Actinomykozie; zresztą czyni rozpoznanie zawisłem od wyniku badania histologicznego.

W dyskusyi zabiera głos kol. Browicz, oświadczając, iż jest to sprawa nowotworowa, a uważa ją mianowicie za keloid prawdziwy, nie wyklucza jednak Sarcoma, bo keloid prawdziwy może być do niego bardzo zbliżony; obraz mikroskopowy nie jest zupełnie jasny o tyle, że warstwa brodawkowa skóry jest utrzymana, w głębi jest obraz Sarcoma silnie unaczynionego, czego następstwem jest czerwone zabarwienie skóry pokrywającéj guz; pęczki tkanki łącznéj zbite, tworzące sieć wielkookową, odpowiadają keloidowi.

Kol. Zarewicz zwraca uwagę na tę okoliczność, że wał kiełbasowaty do około, pozbawiany przyskórka, nie jest rzeczą przypadkową, lecz że toczy się tu sprawa rozpadowa, która zarówno jak i zajęcie tkanki komórkowéj podskórnéj przez nowotwór przeciwko keloidowi przemawiają; co do innéj choroby skórnéj, to *Sclerodermia adultorum*, nie jest ona tak rzadką i z przedstawionym przypadkiem niema nic wspólnego a *Sclerodermia partialis*, opisywana przez niektórych autorów, dotyczy kończyn a nie tułowia; wreszcie oświadcza się za dodatkowem badaniem w kierunku bakteryjologicznym.

Kol. Gluziński sądzi, że jest to *sarcoma*, a wał do około jest przypadkowy, zaczerwienie zaś skóry i brak przyskórka są następstwem eczema; mówca przytacza ze swéj praktyki przypadek, gdzie u starego człowieka utworzył się na żebrach guz twardy bardzo szybko rosnący, który uważano pierwotnie za Aktinomykozę, czego jednak mimo dokonanéj resekcyi stanowczo nie rozstrzygnięto, poczem w jakiś czas wystąpiły przerzuty mięsakowe. Mówca jest za usunięciem guza drogą operacyjną.

Kol. Rosner (starszy) zgadza się z tym, że forma jest bardzo rzadka; myśléć tu można o aktinomykozie, o keloidzie, o *sarcoma* i *sclerodermii*. Aktinomykozę wyklucza, gdyż nie było ropni; keloidów tak wielkich rozmiarów nigdzie nie opisano; jako guzy nie przekraczają one wielkości jabłka; przeciwko *sclerema* przemawia umiejscowienie, dalszy przebieg a nadto okoliczności, że występuje w formie pręg; przez wykluczenie więc należy przypuścić *sarcoma*, za czem zresztą przemawia fakt, że mamy do czynienia z guzem ściśle ograniczonym bez poprzedzających objawów zapalnych a mimo, że badanie histologiczne tego stanowczo nie potwierdziło, określa mowca guz ten jako *sarcoma* ze złośliwym przebiegiem.

Kol. Rydygier zaznacza, że przypadek byłby zupełnie jasnym, gdyby nie ten kiełbasowaty wał, który czyni tę formę *sarcoma* rzadką. Badanie histologiczne zresztą nie wyklucza *sarcoma*, a nic przemawia tylko ściśle za *sarcoma* okoliczność, że nie sięga do powierzchni skóry. Po zamknięciu dyskusyi przedstawia:

5). Kol. Browicz dziewczynkę z *pneumatocele supraauricularis*, 12 lat liczącą, z kliniki prof. Rydygiera. Tuż ponad małżowiną ucha lewego znajduje się guz jajowaty, osią dłuższą poprzecznie ułożony, długości 10 ctm., szerokości 5 ctm. mający, który miał powstawać powoli przed 5 miesiącami, bez wiadoméj przyczyny. Skóra guz pokrywająca prawidłowa, guz nie bolesny, chełbocący, przy ugniataniu niekiedy trzeszczenie wykazać się daje. Prawie na całym obwodzie guza wymacać można brzeg a raczéj wał kostny. Badanie ucha wykazuje zwężenie przewodu zewnętrznego, wskutek wypuklenia skóry pokrywającéj górną ścianę przewodu tak, iż wskutek tego tylko tylny i dolny odcinek błony bębenkowéj jest widoczny. Słuch nieznacznie upośledzony odpowiednio do stopnia zwężenia przewodu, zresztą stan ucha środkowego prawidłowy. W jamie nosogardłowéj badanie wziernikowe nie wykazuje zboczeń. Po nakłuciu guza z szelestem uchodzi powietrze, żadnéj treści płynnéj nie ma, guz znika, o ile wał kostny na to zezwala, toż samo prawie zupełnie zwężenie przewodu zewnętrznego. Po próbie Valsalwy powraca stan pierwotny tak przez małżowinę, jakoteż w przewodzie zewnętrznym. Mamy więc do czynienia z guzem powietrznym, t. zw. *pneumatocele*. Stany takie najczęściéj ponad wyrostkiem sutkowym powstają wskutek dostania się powietrza z jamy bębenkowéj pod okostnę a względnie skórę. Powodem do tego bywa np. forsowne siąkanie, kichanie lub uraz zewnętrzny a podstawą budowa kości skroniowéj, która mianowicie ze względu na rozległość i rozwój przestworów powietrznych około jamy bębenkowéj znajdujących się przedstawia bardzo znaczne i częste różnice indywidualne. Niekiedy we wszystkich częściach kości skroniowéj przestwory powietrzne są bardzo znacznie rozwinięte, a nawet sięgają w kość potyliczną i komunikują z jamą bębenkową. Nadto w zewnętrznéj blaszcze istoty kostnéj znajdować się mogą szczeliny, przez które powietrze dostać się może pod okostną lub skórę, albo też blaszki takie są nader cienkie tak, iż pod naciskiem palca gną się i łatwo po urazie pękają. W celu usunięcia guza powietrznego wskazane jest przecięcie powłok, a raczéj ścian guza powietrznego i ucisk w celu wywołania przyrośnięcia oddzielonéj okostny.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

VII. Listy z Paryża.

I.

Paryż d. 28/III 1892.

Wolałbym może przesłać jakiś „przyczynek“ dotyczący działu dermato- lub syfilidologii, niż ograniczyć się do méj korespondencyi, w któréj chcę się podzielić z szanownymi czytelnikami tem, co sam widziałem w tutejszych szpitalach, klinikach, zakładach naukowych, o ile opis takowych ze względu na pewne odrębne szczegóły, dotyczące ich urządzenia, materyjału, terapii w najogólniejszem znaczeniu, może budzić pewne zainteresowanie. Zacznę od szpitala św. Ludwika dla chorób skórnych, który miałem sposobność dosyć dokładnie poznać, pracując w nim od dwóch miesięcy. Obszerny ten jednopiętrowy gmach z kamienia ciosowego w kształcie czworoboku zbudowany, położony jest przy ulicy Bichat. W około otoczony murem, do którego od wewnątrz przytykają zabudowania, mieszczące: muzeum, biblijotekę, biura szpitala, pralnie i t. p. W obrębie czworoboku znajdują się cztery ogrody dla chorych. Porządek i czystość wszędzie wzorowe, począwszy od sal chorych, skończywszy na podwórzach.

Szpital cały podzielony jest na sześć „service“, co odpowiada naszym oddziałom. Do każdego z nich należą dwie sale: jedna dla mężczyzn, druga dla kobiet w łącznéj sumie mniéj lub więcéj 80 łóżek tak, że w całym szpitalu mieści się około 500 łóżek. Każda z sal nosi swoją nazwę, jak n. p. „salle Devergie“, „Cazenave“ i t. p. Przy każdem z łóżek znajdują się zasłony z białego płótna, przesuwalne po drutach z pewnéj wysokości nad łożkiem i do niego umocowanych, które pozwalają choremu stworzyć dla siebie rodzaj separatki, Sale są obszerne, dobrze wentylowane, jasne. Co do służby szpitalnéj, to w każdéj sali jest „mère“ i „infermiere“, t. j. posługaczka w salach kobiet, posługacz w salach mężczyzn. Podział czynności im przydzielonych jest ten sam co i u nas. „Infermieres“ prawie bez wyjątku, to okazy patologiczne chorób skórnych przewlekłych jak: *lepra lupus*, *psoriasis* i t. p. Prymaryjuszami sześciu wspomnianych od-

działów są: prof. Fournier i Drowie: Besnier, Hallopeau, Quinquaud, Ducastel i Tenesson. Oddział, którego prymaryjuszem jest prof. Fournier jest zarazem „Clinique de la Faculté“. Palmę pierwszeństwa jako syfilidolog dzierży Fournier, jako dermatolog Besnier, za nim idą Hallopeau i Quinqueaud, wreszcie dwaj ostatni jako dermatologowie *minorum gentium*“. Przyczyną tego, że nie każdy z prymaryjuszów oddziału jakichkolwiek chorób, nie jest z działem tych chorób więcéj obznajmiony niż w którymkolwiek innym, leży w błędnéj poniekąd organizacyi, dotyczącéj karyjery lekarza. — Stosunki pod tym względem są tak odrębne, że sądzę, iż szanowni czytelnicy nie wezmą mi za złe, jeżeli choć w krótkości coś o nich napiszę. Dwojaka jest droga, która prowadzi do osiągnięcia stopnia Dra medycyny. Jedna za krótka, bo nią idąc można już w przeciągu $4^1/_2$ lat uzyskać tytuł i prawa wykonywania praktyki lekarskiéj; druga za długa, bo wymaga mniéj lub więcéj lat 8—9, przy pilnych studyjach *„ceteris paribus“*. Wybór zależy prawie wyłącznie od środków materyjalnych dotyczącego, brak takowych zmusza go obrać drogę pierwszą, w przeciwnym razie, jeżeli nie zbywa mu oprócz tego na pilności, obierze drugą. Różnica w dwóch tych odmianach stopnia dra medycyny jest znaczną, bo podczas kiedy rodzaj pierwszy daje prawo tylko wykonywania wolnéj praktyki, nic po za to, rodzaj drugi upoważnia do osiągnięcia „prymaryjatu“, a przy pewnéj modyfikacyi do habilitowania się czyli karyjery uniwersyteckiéj. Kto obrał drogę krótszą, uczęszcza przez lat cztery na wykłady, kliniki i t. d. (wszystko bezpłatnie). W ciągu tego czasu składa 4 egzamina, co upoważnia go po upływie tych 4 lat do złożenia sześciu dalszych egzaminów, do których może przystępować co 2 tygodnie. Ze złożeniem ostatniego egzaminu osięga prawo „wolnéj praktyki“.

Droga dłuższa jest więcéj krętą, skomplikowaną, wymaga dużo zasobów pieniężnych i jeszcze więcéj protekcyi. W krótkości przedstawia się ona tak: po ukończeniu pierwszych 2 lat studyjów medycznych i złożeniu egzaminu, który odpowiada naszemu I. rygorozum, dotyczący słuchacz staje jako kandydat rozpisanego konkursu na posadę t. zw. „externe“, t. j. rodzaj asystentury przy boku prymaryjusza lub profesora kliniki. Konkurs ogłasza n. p. 200 miejsc do obsadzenia, kandydatów zaś zgłasza się 600; protekcyja zwykle rozstrzyga o wyborze. Wynik pomyślny przy takim konkursie upoważnia do pozostawania przez lat trzy „externe“, co rok jednak musi zmieniać oddział chorób. Po upływie tego trzechlecia staje znów pomieniony jako kandydat takiegoż samego konkursu na „externe“. Jeżeli wynik pomyślny, to znów zostaje mianowanym „externe“ na drugie trzechlecie z temiż samemi warunkami, co w trzechleciu pierwszem. Tak więc w ciągu tego sześciolecia może przestudyjować oddziały wszystkich chorób (płaca takiego „externe“ waha się w granicy od 3—600 fr. rocznie!). Ale to jeszcze nie koniec. Rozpisano konkurs ale już na „interne“ (wyższy stopień), nasz kandydat znów doń staje. Jeżeli mu „fortuna“ sprzyja, zostaje mianowany „interne“ i jako taki zostaje w charakterze I. asystenta przydzielony do boku którego z prymaryjuszów, (przy wielkich protekcyjach) profesora kliniki. Jako taki zostaje rok lub 2 lata, aby w ciągu tego czasu złożyć egzamina, opracować „tezę“ i osiągnąć stopień *„médecin de l'hôpital“* upoważniający go, jak wspomniałem, do osiągnięcia prymaryjatu, względnie karyjery uniwersyteckiéj. Prymaryjatu takiego nie dostaje zaraz, bo jak to mówią „po starszeństwie na gałęź“. W końcu kiedy kolėj nań przyjdzie, dostaje prymaryjat naturalnie na tym oddziale chorób, na którym tenże jest do obsadzenia, bez względu na to, czy w ciągu swéj karyjery jako „externe“, „interne“ téj gałęzi chorób więcéj się poświęcał lub nie. Ztąd to właśnie pochodzi, że n. p. Ducastel i Tenesson nie są dermatologami z fachu, o ile dopiero od krótkiego czasu są prymaryjuszami wspomnianych oddziałów.

Do boku każdego z prymaryjuszów przydzielonych jest kilku „externes“ i jeden „interne“, tylko na oddziale prof. Fourniera t. j. klinice, jest jeden ukończony dr. medycyny „chef de la clinique“, osobno „chef de laboratoir clinique“ dla badań bakteryjologicznych i mikroskopowych (dla wszystkich oddziałów). Integralną częścią szpitala jest t. zw. „salle d'épilation et opérations dermatologiques“ wspólna dla wszystkich oddziałów i w różnych dniach tygodnia różni prymaryjusze zajmują się w tejże leczeniem chorych, dotkniętych cierpieniami w zakres powyższy wchodzących. „Cours d'épilation“ prowadzi prawie wyłącznie Dr. Besnier. Liczba chorych z *lupus, tuberculosis cutis* jest duża, bo codzień przychodzi ich około 50. Nawiasowo wspomnę, że w leczeniu *lupus* używają przedewszystkiem: skaryfikacyj, po nich galwanokauteru, lapisu i *emplastrum de Vigo*. Wyniki, przynajmniéj pod względem kosmetycznym (blizny) mają bardzo zadowalające. Działanie „crayon“ potęgują przez natychmiastowe zastosowanie sztabki cynku (kwas azotowy *in statu nascendi*), co jednak dla chorego sprowadza silny ból.

Więcéj ciekawych szczegółów przedstawia poliklinika, która otwartą jest codzień, z wyjątkiem niedzieli. Każdy z 6 prymaryjuszy ma swój *„jour fixe“*, w którym takowa do niego należy. Olbrzymia sala zapełniona ławkami, w których jednym szeregiem siedzą mężczyźni, w drugim kobiety (większość z gazetami w ręku), stanowi poczekalnię, do której przylega „salle de la consoltation“. Poliklinika rozpoczyna się około $9^1/_2$ i trwa do dwunastéj. Jak zawsze pierwszeństwo ma płeć piękna, za nią idą dzieci, w końcu mężczyźni. Za pociągnięciem dzwonka wchodzi piewsze 10 kobiet. Zazwyczaj równocześnie obok prymaryjusza odprawia chorych i jego „interne“. Badanie, rozpoznanie, ordynacyja, odbywa się, naturalnie z wyjątkami, niesłychanie prędko. I nic dziwnego, jeżeli zważy się, że średnio liczba chorych dziennie wynosi od 300—400. Materyjał ten pod każdym względem jest bardzo różnorodny i ciekawy. Na czele chorób maszeruje *acarus scarbiei*, za nim idą wypryski, kiła i t. d. W przeciągu krótkiego czasu można tu widzieć wszystkie choroby skórne w rozmaitych okresach, odcieniach, pomijając już tę okoliczność, że nie ma prawie dnia, w którym nie znalazłoby się cierpienie z rozpoznaniem *„in suspenso“*. Wspomnieć mi wypada, że w nomenklaturze francuskiéj dermatologii panuje pewien zamęt, bo nie dosyć, że jest ona inną od ogólnie przyjętéj i używanéj, ale często jakaś małoznaczna modyfikacyja w obrazie klinicznym choroby stwarza osobną nazwę. Co do urządzenia „ambulatoryjnego“ jest ono takie, że każdy chory dostaje kwit, za okazaniem którego w dotyczącem biurze otrzymuje lekarstwo, a mianowicie: maści, płyny, proszki, pudry wydaje „bureau de médicamentes“, kąpiele, tusze, których jakość oznacza różny kolor kartek, w łaźni szpitala. Przy wypryskach polecają bardzo dużo *bains d'amidon* i *alcalins* (dwuwęglan sodu). Wszystkie lekarstwa, kąpiele i t. d. otrzymują chorzy bezpłatnie, koszta ponosi „Administration générale de l'assistence publique de Paris“. Naturalnie w miarę opróżnionych łóżek pewna liczba chorych codziennie zostaje przyjętą do szpitala.

Nierozerwalną całość ze szpitalem św. Ludwika stanowi muzeum odlewów skórnych. Muzeum to, którego twórcą jest Baretta, śmiało nazwać można arcydziełem sztuki w swoim rodzaju. Mieści ono około 1700 odlewów. Każdy z „moulage“ (odlew), które są umieszczone w oszklonych szafach według alfabetycznéj nomenklatury chorób, opatrzony jest w rozpoznanie, często uzupełnione objaśniającemi uwagami. Wykończenie prawie każdego z odlewów jest tak subtelne, tak odpowiada rzeczywistości, że nie przesadzę jeżeli powiem, iż przypatrując się n. p. stwardnieniu pierwotnemu, czuje się niejako ten naciek, to stwardnienie pergaminowe; na wielu z odlewów jest nawet uwaga: *piece est a examiner a loup*. W tem samem muzeum mieści się zbiór takichże „moulage“ prof. Péana z dziedziny chirurgii. Niestety sposób wykonania tych odlewów jest tajemnicą Baretty, który nikogo do swéj pracowni nie dopuszcza, a drugie, niestety! cena każdego odlewu wynosi mniéj lub więcéj 60 fr.

Do muzeum przytyka obficie wyposażona biblijoteka.

Dla uzupełnienia słów kilka o posiedzeniach „de la Société dermatologique“ i wykładach w szpitalu św. Ludwika.

Pierwsze odbywają się w każdy pierwszy czwartek miesiąca. Na krześle przewodniczącego zasiada stary Lailler, a zwykle nie omieszkają przybyć Hardy, Vidac, Mauriac, wszyscy już weterani. Posiedzenia wypełniają przedstawienia chorych przez prymaryjuszów i ztąd wywiązujące się dyskusyje.

Co do wykładów, które mają miejsce raz na tydzień, to urządzone są tak, że w miarę jak jeden z prymaryjuszów je kończy, drugi zaczyna; prof. Fournier stanowi wyjątek, o ile wykłady jego są stałe. Wstęp wszędzie jest wolny, a tak prymaryjusze jak i ich asystenci są bardzo uprzejmi i chętni w udzielaniu objaśnień, wskazówek, zwłaszcza dla obcych. *Dr. Borzęcki.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 maja. P. Namiestnik zamianował lekarzy powiatowych II. klasy: Dra Antoniego Pietrzyckiego w Brzesku, Dra Antoniego Broniowskiego w Sokalu oraz koncepistę sanitarnego Dra Zdzisława Lachowicza we Lwowie, lekarzami powiatowymi I klasy; asystentów sanitarnych: Dra Feliksa Najedłę w Krośnie, Dra Józefa Kownackiego w Wieliczce, Dra Alojzego Loevyego w Nisku, lekarzami powiatowymi II klasy, oraz asystenta sanitarnego Dra Leona Rosenbuscha we Lwowie, koncepistą sanitarnym, w końcu lekarza pułkowego przy 13 pułku piechoty Dra Józefa Petersa, lekarza pułkowego przy 57 pułku piechoty Dra Józefa Friedberga, oraz lekarzy wolnopraktykujących: Dra Ignacego Januszkiewicza i Dra Włodzimierza Szczepańskiego, asystentami sanitarnymi, przeznaczając Dra Petersa do służby przy starostwie w Dolinie, Dra Friedberga do służby przy starostwie w Jaśle, Dra Januszkiewicza do służby przy starostwie w Pilznie i Dra Szczepańskiego do służby przy starostwie w Rzeszowie; przeniósł zaś lekarzy powiatowych: Dra Adama Krzyształowicza z Doliny do Żółkwi, Dra Alfreda Berggrüna z Żółkwi do Chrzanowa, oraz asystentów sanitarnych: Dra Bronisława Warzyckiego ze Złoczowa do Mielca i Dra Walerego Momidłowskiego ze Lwowa do Tarnobrzega.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych mianowało na nowe trzechlecie od 1 maja 1892 r. do końca kwietnia 1895 r. zwyczajnymi członkami krajowéj Rady zdrowia: lekarza powiatowego w Przemyślu Dra Ferdynanda Cassinę; prof. szkoły położnic we Lwowie Dra Adama Czyżewicza; prymaryjuszów szpitala krajowego we Lwowie Dra Żegotę Krówczyńskiego, Dra Wiktora Opolskiego, Dra Oskara Widmanna i praktycznego lekarza we Lwowie Dra Zygmunta Riegera. Nadto w skład krajowéj Rady zdrowia wchodzi z mocy urzędu swego krajowy referent sanitarny, radca namiestnictwa Dr. Józef Merunowicz. Wydział krajowy zaś mianował delegatami ze swéj strony: dyrektora szpitala św. Zofii we Lwowie Dra Emila Merczyńskiego i prymaryjusza szpitala krajowego we Lwowie Dra Grzegorza Ziembickiego. W d. 6 b. m. zagaił posiedzenie Namiestnik odpowiednią przemową, poczem przystąpiono do ukonstytuowania się krajowéj Rady zdrowia. Przewodniczącym wybrano Dra Czyżewicza, zastępcą Dra Opolskiego; obaj wybrani piastowali te urzędy także w ubiegłem trzechleciu.

* Wyszedł temi dniami zeszyt 11 Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj pod redakcyją prof. Dra Korczyńskiego i zawiera rozprawę Dra Odona Bujwida z Warszawy p. t. „Treściwe uwagi o wściekliźnie i jéj leczeniu według metody Pasteura“. Zeszyt ten zakończa seryję I. rozpraw. Seryję II. rozpocznie rozprawa Dra J. Bogdanika p. t. „Antyseptyka i aseptyka“ poczem nastąpi rozprawa naszego rodaka Dra Ernesta Fingera, docenta dermatologii i syfilidologii w Uniw. wiedeńskim p. t. „O dziedziczeniu kiły“. Prenumerata na seryję II. rozpraw (około 20 arkuszy druku) wynosi 3 złr. Członkowie i prenumeratorowie Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich otrzymywać będą poszczególne zeszyty seryi II. „Rozpraw“ bezpłatnie jako premium za r. 1892.

* Dr. Ludomił Korczyński, gorliwy nasz współpracownik, objął w r. b. obowiązki lekarza zdrojowego w Żegiestowie. Biegły i gorliwy ten lekarz, kształcony w klinice krewnego swego prof. Edwarda Korczyńskiego, zapowiada liczne ulepszenia, mające na celu podźwignięcie tego pięknego i ważnego zdrojowiska. Spodziewać się też wypada, że pod nowem kierownictwem lekarskiem przy dobréj woli Zarządu Żegiestów zajmie pomiędzy zdrojowiskami naszemi stanowisko, jakie mu się słusznie należy.

* W tygodniu 17-ym (od 24—30 kwietnia) było w Krakowie małżeństw 17, urodzeń 58, skonów 52, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 11, z dławca i błonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 3, z duru plamistego 2, z duru brzusznego 1, z czerwonki 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Dr. Kitasato, który opuścił Berlin, aby objąć kierownictwo zakładu bakteryjologicznego w ojczyźnie swojéj w Tokio w Japonii, otrzymał tytuł profesora pruskiego. — Dyrektor polikliniki we Wrocławiu prof. F. Müller powołany został do Marburga jako zwyczajny profesor i dyrektor polikliniki.

* **Zmarli:** w Berlinie sławny chemik prof. August Wilhelm Hoffmann w 74 roku życia. Zmarły był doktorem medycyny, filozofii i prawa. — W Lipsku znakomity anatom, tajny radzca lek. Dr. Braune, licząc lat 60.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18 maja o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.)*. Porządek dzienny: 1) kol. Obaliński przedstawi przypadek chorobowy; 2) kol. Ludomił Korczyński będzie mieć odczyt „O wynikach podskórnych wstrzykiwań gwajakolu w gruźlicy“.

Sprostowanie. W artykule prof. Dra Pareńskiego i Dra Blatteisa „O plasmodium itd.“ (Nr. 12, str. 139, w. 31 od g.) zaszła pomyłka w recepcie na barwik, wydrukowano bowiem 10 zamiast 100.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się do artykułu Dra Łepkowskiego tablicę z rycinami.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 21 Maja 1892. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O blednicy (*chlorosis*) i jej leczeniu.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniach 16 marca i 27 kwietnia b. r.

Podał

Prof Dr. Gluziński.

I.

Poruszając sprawę blędnicy na dzisiejszem posiedzeniu, uczynić chciałbym zadość wyrażonéj tu myśli, aby nie tylko sprawy nowe były przedmiotem naszych rozpraw ale i ogólnie znane, a przecież zawsze nowe, dały pole do wymiany zdań i poglądów.

Bogata literatura dotyczącego przedmiotu, własne doświadczenie Panów zwalnia mnie od szczegółowego przedstawienia sprawy, — podnieść zamierzam tylko te rzeczy, które z jednéj strony przedstawią moje zapatrywanie na blednicę, z drugiéj są spornemi lub będą mi potrzebne dla przedstawienia postępowania w leczeniu téj choroby. — Z góry również pospieszam dodać, że mówić będę tylko o blednicy samoistnéj, a pominę stany chorobowe, które mogą przebiegać pod postacią blednicy (*pseudochlorosis*).

Przez blednicę, jak wiemy, rozumiemy przeważnie chorobę objawiającą się zmniejszeniem i ciałek czerwonych (*oligocythämia*) i zmniejszeniem ich zawartości hemoglobiny (*oligochromämia*), występującą samoistnie przeważnie u kobiet, w wieku ich pokwitania. Na to wszyscy się godzimy, inna jednak rzecz, gdy zadamy sobie pytanie, gdzie leży źródło téj choroby, — a wystąpi nam odrazu różność zdań i zapatrywań nieraz najdziwaczniejszych. Dość przytoczyć Panom, że Haberer[1]) upatrywał źródło blednicy w nieżytach pochwy i macicy, Pollok[2]) we wstrzymaniu miesiączki, przez co zostają nie wydalone z organizmu pewne istoty, które zwykle z krwią miesiączkową odchodzą i te wywołują wadliwy stan krwi, Luton[3]) uważał blednicę tylko za niedokrewność następową, wynikającą z utraty krwi jużto widocznéj, np. po obfitych miesiączkowaniach (*menorrhagia*) jużto niedostrzeganéj, np. z małych nadżerek żołądka, — tę ostatnią teoryję w ostatnich czasach rozwinął Hösslin[4]) w pracy, na którą późniéj się odwołam. Zander[5]) całe źródło blednicy widział w niedostatecznem wchłanianiu żelaza z pokarmów, wskutek wadliwych soków trawieńcowych, zwłaszcza braku HCl w soku żołądkowym, znajdując już poprzednika tego zapatrywania w Dujardin-Beaumetzu[6]).

Zapatrywań tych szereg powiększyć byłoby mi łatwo, wszystkie one jednak krytyki nie wytrzymują, boć każdy z nas jest w stanie przytoczyć szereg przypadków nie dających się pojąć według przytoczonych teoryj. Zapatrywania te brały pojedyncze objawy i następstwa za źródło choroby. Źródła tego szukać należy gdzieindziéj. Weźmy pod rozwagę najprostszy przypadek, jaki nieraz nam się przedstawia. Dziewczynka dotąd zdrowa zupełnie, z fukcyjami wszystkiemi najprawidłowszemi, dobiega lat swego pokwitania, nastaje pierwsza lub druga regularność, lub rzadziéj nie występuje wcale, a wkrótce potem rozwija się obraz blednicy, t. j. nastaje wadliwy skład krwi. Co u niéj się stało? Narządy wewnętrzne niezmienione, funkcyje nieraz te same, a jednak powstał niedobór. Dwa tylko mogą być przypuszczenia, — albo części składowe krwi wytwarzane prawidłowo ulegają szybko nadmiarowemu zniszczeniu — albo też wytwarzanie prawidłowe krwi uległo zaburzeniu i nieprawidłowo zbudowana krew wchodzi w obieg. Dla pierwszego przypuszczenia najmniejszego nigdzie nie znajdujemy poparcia — pozostaje nam drugie przypuszczenie, które każe nam szukać źródła dla blednicy w nieprawidłowéj regeneracyi krwi, każe nam ją odnieść do zmian zaszłych w narządach krwiotwórczych w szpiku kostnym, gruczołach i t. d., każe nam ją postawić w dziale chorób narządów krwiotwórczych.

Doświadczenie uczy, że najróżnorodniejsze czynniki jak nieodpowiednie odżywianie, ubranie, brak ruchu, przebywanie w ciasnych i przepełnionych CO_2 izbach szkolnych, niewysypianie się, przedwczesne rozbudzanie fantazyi itd. sprowadzają bezsprzecznie wybuch choroby. Pozostaje jednak

do wytłómaczenia, dlaczego ta zmiana w wytwarzaniu prawidłowych składników krwi wśród tych warunków przeważnie występuje u dziewcząt, — dlaczego najczęściéj w wieku pokwitania, — dlaczego nie u wszystkich, które na te same szkodliwości są narażone? — dlaczego u niektórych dziewcząt mimo najkorzystniejszych warunków przecież się rozwija i tak często powraca lub też prawie nie ustępuje? Na pytania te częściowo tylko jesteśmy w stanie odpowiedzieć i pozwólcie Panowie, że kilka spraw przytoczę, któreby można o to obwiniać.

Z fizyjologicznych badań wynikałoby, że w ogóle ustrój kobiety jest uboższy w krew, zwłaszcza zawiera mniejszą ilość ciałek czerwonych niż mężczyzn. Stosunek ciałek czerwonych we krwi mezkiéj i żeńskiéj ma być według Welckera jak 10:9. Andral i Gavarret znajdowali na 1000 części 141·1 czerwonych ciałek u mężczyzn a tylko 127·2 u kobiet. Podobne spostrzeżenia podali Mallassez, Bouchut (l. c.). Przypuścić zatem można, że ustrój kobiety ma już fizyjologiczne pewne usposobienie do *oligocythämii* a mogłoby to tem łatwiéj nastąpić, że i regeneracyja w razie ubytku trudniéj zdaje się nastąpić niż u mężczyzn wobec spostrzeżenią n. p. Vierordta wykazującego, że ogólna wymiana materyi stosunkowo jest wolniejszą u kobiet niż u mężczyzn, na 1 klg. wagi ciała znajdował bowiem w 24 godzinach 0·40 gr. mocznika u męzczyzn, a tylko 0·35 gr. u kobiet. Daléj podnieść należy, że tryb życia u dziewcząt w porównaniu z chłopcami niepoślednią może grać rolę — znacznie mniejszy ruch, dłuższe przebywanie w zamkniętych pokojach, zajęcia przeważnie siedzące, mniejszy dowóz pokarmów i ich dobór niestosowny (łakocie), zwykła obstipacyja (jużto nawykowa jużto wskutek siedzenia) zwalniają już i tak fizyjologicznie wolniejszą przemianę pierwiastków, utrudniają więc regeneracyję krwi powiększając fizyjologiczną *oligocythämię* aż do granic patologicznych. Póki mniejsze potrzeby ustroju, utrzymuje się stan względnie fizyjologiczny, mimo niekorzystnych warunków — nastaje czas pokwitania, potrzeby organizmu się zwiększają, co miesiąc ma miejsce utrata krwi, 1/4 litra wynosząca — i znowu jeden czynnik więcéj dla możliwego pojęcia, dlaczego blednica u dziewcząt tak znacznie częściéj występuje i to właśnie w chwili pokwitania; a kto wie, czy to wcześniejsze rozbudzanie życia płciowego, to dojrzewanie jajek w jajnikach nie ma pewnego wpływu i na narządy krwiotwórcze, a mam tu na myśli ostatnie spostrzeżenia Neussera, mające wykazywać w cierpieniach jajnika zaburzenia pewne we krwi, mające się manifestować zwiększoną ilością ciałek eosinofilowych. Badanie krwi w tym kierunku możeby sprawę wyjaśniło.

W każdym razie przytoczone co dopiero fakta możnaby zużytkować dla objaśnienia, dlaczego blednica przeważnie występuje u dziewcząt i dlaczego najczęściéj rozwija się w wieku pokwitania. Dlaczego nie rozwija się u wszystkich dziewcząt w niekorzystnych warunkach będących, dlaczego u niektórych mimo najlepszych warunków przecież powstaje? Na pytanie to częściowo dał nam odpowiedź Virchow[10]), wykazując, że u pewnéj liczby mamy podstawę wrodzoną, która się objawia wątłą budową całego organizmu, a zwłaszcza niedokształceniem układu krwionośnego (*aplasia vasorum).* Znaczenie tego szczegółu pojmiemy, gdy sięgniemy do embryjologii, gdy sobie przypomnimy, że tak naczynia jak szpik kostny, gruczoły limfatyczne, części płciowe rozwijają się z téj saméj blaszki zarodnikowéj, t. j. środkowéj.

Rozwój ten wspólny układu naczyniowego i narządów krwiotwórczych może nam nasunąć myśl, że to niedokształcenie (*aplasia)* układu naczyniowego jest częścią tylko upośledzonego rozwoju blaszki, a więc i narządów krwiotwórczych a to tembardziéj, że obok wązkich naczyń znajdujemy tak często i niedokształcenie macicy, jajników, które się przecież z tejsaméj blaszki rozwijają. Tam gdzie ta zmiana jest wybitną, mamy do czynienia z tą uporczywą formą błednicy zwaną wrodzoną (*congenita),* nie dlatego, że naczynia są bardzo wązkie, ale że i narządy krwiotwórcze (szpik kostny) są silnie upośledzone w rozwoju, a od tych przypadków możemy mieć całą skalę przejść aż do form lekkich, u dziewcząt z rozwiniętym układem naczyniowym ale z pewnem jeszcze zboczeniem małem w narządach krwiotwórczych wynikającem z rozwoju, które sprawia, że wśród niekorzystnych wyżéj wymienionych warunków wytwarzanie nie jest w stanie pokryć dostatecznie zapotrzebowań ustroju.

Tak pojmując rzecz, usposobienie do blednicy odnieślibyśmy do zmian rozwojowych, rozumując, że jak rodzić się można z mniéj lub więcéj słabym układem nerwowym, z narządem oddechowym, pokarmowym i t. d., tak samo i z narządami krwiotwórczemi — a wtedy wytłomaczyć sobie możemy, dlaczego mimo jednakowo niekorzystnych warunków nie wszystkie dziewczęta dostają blednicy, dlaczego niektóre mimo najpomyślniejszych warunków takowéj podpadają, dlaczego u niektórych jest tylko przejściową, u innych tak uporczywą i za lada przyczyną powracającą.

II.

Przystępując obecnie do symptomatologii z góry zastrzegam się, że nie jest moim zamiarem opisywać w całości obrazu choroby, mówić o rzeczach znanych, a chcę poruszyć tylko kilka szczegółów zasługujących na uwzględnienie. Ze względów praktycznych odróżniłbym kilka typów blednicy, zależnie od objawów, które przeważają w danym przypadku a mianowicie: 1) Blednicę prostą (*chlorosis simplex*), przedstawiającą się, jeżeli usuniętą rychło nie będzie, najczęściéj jako wstęp do dalszych typów. 2) Blednicę trawieńcową (*chlorosis dyspeptica*), gdy przeważać będą objawy ze strony przewodu pokarmowego. 3) Blednicę sercową (*chlorosis cardiaca*), gdy obok objawów blednicy prostéj wystąpią na pierwszy plan objawy ze strony narządu krążenia. 4) Blednicę mięszaną (*chlorosis mixta),* typ najczęstszy, gdy ze stron kilku (np. serca, przewodu pokarmowego i t. d.) występują objawy. Wiem, że podział ten jest sztuczny, dalsze uwagi moje może go usprawiedliwią.

Pozwólcie więc Panowie, że poświęcę słów kilka każdemu z tych typów.

Przez blednicę prostą rozumiem wystąpienie tych ogólnych cech choroby, jak bladości powłok i błon śluzowych, uczucie osłabienia, szybkiego znużenia mięśni, zniechęcenia do pracy i senności itd., bez żadnych wykazalnych zboczeń w wewnętrznych organach i braku wybitniejszych podmiotowych zboczeń z téj strony. Są to przypadki najłatwiejsze do leczenia, które po usunięciu niekorzystnych czynników wyżéj wymienionych (przez zaniechanie siedzenia, dobre odżywianie itd.), wśród podania przetworów żelaza prędko przychodzą do siebie. Zaniedbanie tych przypadków, co się najczęściéj zdarza, albo silna pod-

stawa konstytucyonalna pociąga za sobą cały szereg dalszych przypadów (rzadziéj występują one równocześnie), t. j. następnych typów.

T y p t r a w i e ń c o w y (*chlorosis dyspeptica*) obejmie te przypadki, w których obok objawów bledniey prostéj wystąpią na pierwszy plan przypady ze strony narządu trawienia. — Przypady te są najrozmaitsze, jak Panom wiadomo, od prostego zmniejszenia łaknienia, do odbijań, zgag, nudności, bólów stałych lub napadowych, zaparcia stolca znacznego i t. d. Czy objawom tym towarzyszą jakie zaburzenia w chemizmie i mechaniźmie trawienia żołądkowego? Na pytanie to daną jest odpowiedź w doświadczeniach, jakie przeprowadziliśmy wspólnie z kol B u z d y g a n e m w klinice prof. K o r c z y ń s k i e g o. (C. d. n.)

II. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Prosektor dr. Przewóski, który był łaskaw zbadać nowotwór, uznał go za raka (*carcinoma*). „Zajmuje on cała kiszkę ślepą i przylegającą część kiszki cienkiéj; przedstawia się w kształcie opasującego wrzodu. Pas rakowy w najwęższéj części, odpowiadającéj wewnętrznéj ścianie kiszki ślepéj, ma około 6 cm. szerokości, w najszerszéj zaś części, zajmującéj dno i zewnętrzną ścianę *coeci* wrzód ma około 13 cm. szerokości. Jama kiszki ślepéj wogóle mocno zwężona. Zastawka jelitokątnicza zupełnie zniszczona. Wyrostek robaczkowy zajęty tylko przy swoim początku, a daléj jest on rozrosły i rozciągnięty gęstym śluzem. Brzegi wrzodu rakowego są miejscami mniéj, miejscami więcéj wyniesione, wałowato. Dno wszędzie nierówne, ziarnisto guzikowate, lub ziarnisto strzępiaste, na całéj przestrzeni pokryte śluzem, zmięszanym z kałem i cząstkami rozpadającego się nowotworu.

„Na rozkroju w dnie i brzegach wrzodu rakowego widać wszędzie wyraźne nacieczenie masą nowotworową, która jest szarobiaława, ziarnista, w innych miejscach szaroczerwonawa, a nakoniec w innych prześwieca. Masa nowotworowa przy brzegach wrzodu leży w błonie śluzowéj i podśluzowéj; pod dnem wrzodu przenika miejscami w błonę mięsną, a nawet podsurowiczą. Błona mięsna pod całym nowotworem wyraźnie zgrubiała i rozrosła.

„Pod mikroskopem masa nowotworu składa się wszędzie z tkanki nabłonkowéj, tworzącéj ciała rakowe i z podścieliska łącznotkankowego. Ciała rakowe są rozmaitéj wielkości i składają się przeważnie z końców okrągławych, lub wielościennych; podścielisko prawie wszędzie zbudowane jest ze zwyczajnéj tkanki łącznéj włóknistéj i tylko miejscami przybiera charakter tkanki śluzowéj. W tych ostatnich miejscach nowotwór słabo prześwieca (*carcinoma colloideum*).

„Ciała rakowe od podścieliska wszędzie odgraniczone są ostro i często odrostkami łączą się w rodzaj sieci. Ilościowo w jednych miejscach przeważa w raku tkanka nabłonkowa, w innych łączna.

„Poza błoną mięsną kiszki ślepéj ciała rakowe widać tylko miejscami i na małéj przestrzeni. W mocno rozrosłych organach, a szczególniéj nadzwyczajnie rozrosłej przedniéj ścianie brzusznéj, do któréj przyrosło jelito ślepe, nigdzie niemożna odnaleźć ciał rakowych. W tych częściach widać tylko ogromny rozrost włóknistéj tkanki łącznéj, a nawet mocny rozrost tkanki łącznéj pomiędzy włóknami poprzecznie prążkowanych włókien mięsnych. Wsród téj rozrosłéj tkanki łącznéj znajdował się zbiornik ropy, powstały przez wniknięcie drobnoustrojów ropotwórczych skutkiem rozpadu powierzchni raka“.

Zestawiony powyżéj materyjał kazuistyczny jest z pewnością bardzo niekompletny. Rak kiszki ślepéj stanowi cierpienie tak dalekie od rzadkości, iż w ciągu dwóch lat widziałem cztery jego przykłady, zpośród których dwa operowane podałem powyżéj, jeden, gdzie zrobiwszy laparotomiję badawczą, przekonałem się, iż pomimo ruchomości bardzo znacznéj guza istnieje obszerne zwyrodnienie kiszki i gruczołów zaotrzewnowych, zmarł w kilka miesięcy z charłactwa; ostatni chory silny i wybornie odżywiany nie zgodził się na operacyję, gdyż nie było objawów zwężenia. Nie ulega wątpliwości, iż we wszystkich ważniejszych klinikach operowano niejednokrotnie z powodu nowotworów kiszkę ślepą, lecz spostrzeżenia nie zostały ogłoszone, lub pozostały dla mnie niedostępne. Z pomiędzy zebranych 29 przypadków resekcyi zmarło 10, co wynosi 34·5%, z tego przypada 19 na nowotwory z 8 † i 10 na zwężenie gruźlicze i bliznowate, z 2 †.

Co do rodzaju operacyi resekcyja z natychmiastową enterorafiją dokonaną była w 20 przypadkach, z czego 6 †; rzyć sztuczną nałożono po resekcyi w 8 przypadkach, z których 4†, wreszcie w jednym przypadku najprzód wykonano enterostomiję, a w rok poźniéj resekcyję i enterorafiję.

Oprócz tych przypadków natrafiłem na wzmianki o 24 resekcyjach k. ślepéj Billrotha, z których w 11. operacyja dokonaną została z powodu raka z 6 †, oraz w 13 z powodu przetok z 6 †, razem 24 z 12 † = 50%.

Daléj Czerny wykonał operacyję, o któréj mowa, 8 razy, 4 z powodu raka, 3 razy z powodu gruźlicy, 2 z powodu wpochwienia. Nakoniec Senn ogłosił 2 przypadki wycięciu k. ślepéj z następną anastomozą. Pomijajac zatem przypadki operacyi z powodu wgłobienia (2 Czerny, 1 Hahn [1]), doliczając przypadki Michaux i Rosenbergera, o których nie mogłem zasięgnąć bliższych szczegółów, pozwalających na wyprowadzenie jakichkolwiek wniosków, potrąciwszy z kazuistyki Billrotha i Czernego przypadki objęte w mojem zestawieniu, otrzymamy:

otrzymamy:	zestawionych przezemnie	23
	Billrotha	24
	Czernego	6
	Senna	2
	Rosenbergera	1
	Michaux	1
	Razem . .	57

Ogółem 57 przypadków resekcyi kiszki ślepéj, z których niepodobna mi podać cyfry śmiertelności z powodu, że wynik w kilku przypadkach nie został wymieniony.

Przechodzę obecnie do niektórych wniosków, jakie z téj kazuistyki wyprowadzić można, oraz uwag, jakie się nasuwają.

W przytoczonéj już wyżej pracy Koenig treściwie, lecz dosadnie scharakteryzował trudności operacyi, wyróżniające ją od typowéj owaryjotomii, która stała się niemal miarą i ideałem każdéj laparotomii. Zdanie to odnośnie do wycięcia kiszki ślepéj w całości podzielamy, a poniższy przegląd rozmaitych aktów operacyi trudności powyższe uwydatni.

Najprzód, co się tyczy c i ę c i a w ś c i a n i e b r z u s z n é j, to spotykamy rozmaite odmiany, które sprowadzić można do trzech głównych: 1) w smudze białéj, 2) na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha prawego, 3) ponad guzem.

[1]) *Berlin klin. Woch.* 1887. s. 446.

Znane są powszechnie w chirurgii brzusznéj dodatnie strony cięcia w smudze białéj i nie potrzebuję ich przypominać; mimo to jestto cięcie najmniéj nadające się do wycięcia kiszki ślepéj, zpowodu zbyt znacznéj odległości od terenu operacyjnego; chociaż bowiem w przypadkach znacznéj ruchomości guz przez to cięcie daje się wyciągnąć z jamy brzusznéj, to jednak nawet w tych szczęśliwych razach jest niedogodny dostęp do kreski, do gruczołów chłonnych, gdzie manipulowanie, a zwlaszcza hemostaza jest pierwszorzędnego znaczenia, a kłopotliwsza i trudniejsza od samego wycięcia kiszki i jej zeszycia. W przypadkach, gdzie guz jest mało ruchomy, lub przyrośnięty do powięzi *m. ileopsoas.* lub do ściany brzusznéj, cięcie to zupełnie jest nieodpowiednie. Jedyne wskazanie do niego widzimy w tych wątpliwych przypadkach, w których bardziéj chodzi o cięcie badawcze, aniżeli o utorowanie drogi do guza. Gdzie z góry przewidujemy możność uskutecznienia operacyi radykalnéj, tam odrazu należy zaniechać cięcia w smudze białéj. Cięcie to z pomyślnem zejściem zastosował w swoim przypadku Bouilly.

Najczęściéj torowano sobie drogę przez cięcie na zewnątrz brzegu *m. rect. abd. dextri;* daje ona dostęp do przyczepu kreski, czyli do miejsca przytwierdzenia guza, o co najbardziéj chodzi, lecz prowadzi przez grubą część ściany brzusznéj, skutkiem czego jest się zmuszonym manipulować przez ranę o grubych wargach, t. j. tak jak u osób tłustych, co jak wiadomo, stanowi niemałe powikłanie; nadto rana ta kurczy się i daje otwór daleko mniéjszy niż zrobiło się cięcie, a wreszcie łatwo przy niem przeciętą zostaje *a. epigastrica,* która daje żywe krwawienie, a uchwycenie jéj w szczypczyki Peana wśród kończących się włókien i mięśni, w tkankach elastycznych i bez twardéj podstawy często sprawia pewną trudność.

Dla tych względów najodpowiedniejsze wydaje mi się cięcie skośne, równolegle do przebiegu mięśnia *obliquus externus* ponad miejscem najbardziej wypukłem guza; cięcie to łatwo może być przedłużone ku górze wprost, lub z zagięciem ku końcowi 10-go żebra (Suchier). Takie samo cięcie wykonał w swoim przypadku Koenig. Ku dołowi u mężczyzn cięcie to znajduje swoje ograniczenie w powrózku nasiennym, który niepowinien być skaleczonym, i w t. nabrzusznéj, która również niepowinna być przeciętą. Billroth w jednym przypadku zastosował cięcie ponad guzem idące skośnie w kierunku od środka więzu Pouparta ku pępkowi; daje ono również doskonały dostęp do guza. Kierując się szczególnemi warunkami Maydl otworzył jamę brzuszną *in linea axillari.* Senn [1]) zaleca szczególniéj cięcie idące od środka *lig.* Poupartii do połowy odległości między pępkiem a *spina ant. sup.*

W przypadkach, gdzie istnieje przetoka, lub nowotwór zwyrodnił ścianę brzuszną, oczywiście cięcie stosować się musi do miejsca położenia i kierunku przetoki, lub zwyrodnionych części, które należy ze ściany brzusznéj wyciąć, wypadnie więc robić cięcie owalne, lub poprzeczne, jak to miało miejsce w moim drugim przypadku.

[1]) Streszczenie w *International Journal of the med. Sciences* 1890. T. II. str. 413.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z oddziału chorób kiłowych c. k. radcy sanitarnego Dra Krówczyńskiego w szpitalu powszechnym lwowskim.

Leukoderma syphiliticum.

Napisał

Dr. Uhma.

(Dok. Patrz Nr. 18).

W obec takiego chaosu zapatrywań i przekonań trudno sobie jakiekolwiek zdanie o przedmiocie wyrobić, jeśli się go na własnem nie oprze doświadczeniu. To też w oddziale kilowo-skórnym kobiecym w szpitalu lwowskim od dwóch lat zwrócono pilniejszą uwagę w tym kierunku. Poczynione tu spostrzeżenia kliniczne wykazały, że *leukoderma* nie zawsze występuje w owym typowym obrazie koronki o barwie mlecznéj kawy i przebijających z poza niéj oczkach tła jaśniejszego. Nasilenie i cień tła bywają nader rozmaite, a czasem spotykamy zaledwie kilka plamek jaśniejszych od otoczenia, od 3 mm. do 2 ctm. średnicy mieć mogących, bardziéj lub mniéj wyraźnie tu i ówdzie na skórze zarysowanych. Kiedy indziéj znów plamki leżą tak gęsto, że porównanie Pillona zupełnie usprawiedliwiają. Z nader rzadkiemi wyjątkami zmiana występuje po bokach i z tyłu na szyi. Dość często w przypadkach, gdzie z tyłu na karku jest wyraźną, obniża się między łopatki, z przodu zaś zazwyczaj mało wybitna lub wcale nie widoczna na wysokości obojczyków, bywa wyraźną nader na fałdzie pachowym, czyli na skórze pokrywającéj dolny brzeg mięśnia piersiowego większego. Zdarza się też, choć rzadko, że najwybitniéj wystąpią plamy na łopatkach.

Rysunek rzadko jest jednostajny. Jedne plamy, jak już wspomniałem, są większe inne mniejsze, jedne są niemal geometrycznie okrągłe, inne owalne lub jajowate. Wyrazistość ich bywa zawsze jednostajna, od cieniowania w barwie tła zależną, t. j. że w miarę jak ciemniejsze zabarwienie właściwe skórze karku i szyi gubi się w przejściu jéj na plecy i piersi, tak i plamy stają się mniéj widoczne. Niemniéj przecież u osób o jasnem uwlosieniu i białéj cerze, zwłaszcza zaś u osób z uwłosieniem w rudawy odcień nieco wpadającem, mimo tego że u nich skóra wspomnianych okolic nieznacznie tylko jest ciemniejszą, plamy bywają bardzo wyraziste i na dużéj przestrzeni rozrzucone.

Wspomnianie zabarwienie tła według naszych spostrzeżeń zwyczajnie nie bywa ciemniejszem niż w stosunkach prawidłowych. Już Riehl i inni zwrócili uwagę na to, że kark i szyja wystawione na działanie słońca i wiatru bywają ciemniejsze niż skóra piersi i pleców. Przyczynia się do tego niezawodnie i tarcie ubrania, bo nasilenia zabarwienia najsilniejszem być zwykło na dolnéj granicy karku, zwyczajnie osłoniętéj już, gdzie wstawka koszuli przylega i trze za każdym zwrotem głowy. Podobnem tarciem dałoby się również wytlumaczyć ciemniejsze zwyczajnie zabarwienie przedniego fałdu pachy. Że zaś w każdym razie nasilenie zabarwienia, z jakiegokolwiek powodu powstałe, wpływa na wyrazistość zmian leukodermatycznych — dowodem dla nas chora, u któréj w dzień przyjścia prócz innych zmian chorobowych istniała żółtaczka. Plamy *leukodermatu,* choć również żółto zabarwione, były u niej podówczas bez porównania wyrazistsze niż w jakiś czas późniéj, kiedy żółtaczka już ustąpiła.

W miejscach skóry przez *leukoderma* zajętéj, co ważnem jest ze względów rozpoznawczych, nie wyczuwamy żadnego stwardnienia mogącego odpowiadać zbliznowaceniu,

jak to bywa n. p. na blizenkach spotykanych często na dolnéj granicy karku po drapaniu po ukąszeniach wszy powstających lub na większych odbarwionych plamach, znamionach przebytéj *furunculosis*.

Widzieliśmy obrazy mimowoli nasuwające myśl, że zmiana powstała po wysypce grudkowéj pierścieniowatéj. U jednéj choréj n. p. zauważyliśmy drobne, mniéj lub więcéj 1—2 mm. w średnicy mające plamki, ułożone w półkolu poniżéj granicy porostu włosów na prawéj stronie karku. Obrazy takie należą jednak do nader rzadkich wyjątków, a natomiast widywaliśmy znowu *leukoderma* występujące u chorych, które z wrzodem pierwotnym na oddział przybyły, w miejscach takich, które wysypka ominęła lub nawet u chorych, u których wcale poprzedzającéj wysypki nie znachodzono. Tak n. p. u jednéj 18-letniéj prostytutki, dostawionéj przez policyję z wrzodem pierwotnym, wśród pobytu jéj w szpitalu przedłużonego leczeniem przewlekłéj *endometritis cervicalis*, zauważono występujące *leukoderma* w 2 tygodnie po zagojeniu się wrzodu, a w 38 dni od dnia wstąpienia, choć nie stwierdzono u niéj żadnéj wysypki na skórze, jedynie tylko nieznaczne zmiany w gardle. Nie zadowoli to wprawdzie Ehrmanna, boć słusznie pyta on, kto odważy się zapewnić stanowczo, że tam gdzie dziś istnieją plamy białe, nie było wysypki plamistéj, która i krótkotrwałą i mało wybitną bywa. Sądzę przecie, że właśnie Ehrmanowi tego rodzaju zbytek odwagi zarzucić można, bo na podstawie, że odrysowywał i oznaczał miejsca wysypką plamistą zajęte, a późniéj kilkakrotnie w tychże miejscach zauważył *leukoderma*, uważa się uprawnionym do zapewnienia stanowczego, że nie ma *leukoderma* bez poprzedniéj wysypki.

Łuszczenia na plamach białych nie napotykaliśmy nigdy. Raz tylko widzieliśmy obraz podobny do opisywanego przez Neumanna, gdzie podczas pobytu w szpitalu i leczenia wcieraniami szaruchy, w 10 dni po stwierdzeniu istnienia na szyi i w przegubach łokciowych wysypki grudkowéj w pierścieniach, wystąpiły — również na skórze karku, w przegubach łokciowych i na fałdach pachowych — plamy sinawe, okazujące znaczne łuszczenie. Plamy te były nieregularne, 1—2 ctm. w średnicy mające i utrzymywały się *in statu quo* przez 2 tygodnie. Chcąc je wtłoczyć w obraz skreślony przez Neumanna, dopatrywaliśmy, że może raczéj od środka niż od brzegów ku środkowi bielały. Niestety chora z temi zmianami opuścić musiała szpital, zaczem późniejsze przemiany plam owych nie są nam znane. Nie ulega jednak wątpliwości, że gdyby obraz podobny zawsze wystąpienie *leukoderma* poprzedzał, musianoby go niejednokrotnie zauważyć.

Przechodząc do statystyki, robię wstępną uwagę, że w czasie przeszło dwuletniéj obserwacyi raz tylko napotkano chorą z *leukoderma* na szyi, 19-letnią, z powodu świerzbu leczoną, u któréj, oprócz obrzęku gruczołów chłonnych w pachwinach, innych poszlak kiły nie wykazano. Zresztą wszystkie chore tą zmianą dotknięte, jużto widome objawy przymiotu okazywały, już też znane były z poprzednich pobytów w szpitalu jako kiłowe.

Daty statystyczne z r. 1891 zebrane wykazują:

Ogółem ze zmianą kiłową pierwotną 45 chorych. Między niemi z *leukoderma* 3 chore. Zatem 6·66%.

Ogółem z objawami wtórorzędnemi wczesnéj kiły 356 chorych. Między niemi z *leukoderma* 154 chorych. Zatem 48·87%.

Z wysypkami wśród kiły wczesnéj występującemi:
na 202 chorych bez *leukoderma* 81 . 40·09%
na 154 „ z „ 42 . 27·27%
Z wysypką grudkową:
na 202 chorych bez *leukoderma* 39 . 19·30%
na 154 „ z „ 27 . 17·56%.

Ta ostatnia data w porównaniu z poprzedniemi wydaje mi się tem więcéj uderzającą, że zebrawszy razem historyje chorób 162 chorych leukodermatycznemi zmianami dotkniętych — wiele takich za kilkoma nawrotami w szpitalu przebywało — w 64 przypadkach spotkałem notowaną wysypkę grudkową. Procent wyniesie aż 45·74.

Z tych 162 chorych 2 liczyły zaledwie 15 l. życia.
Niżéj 20 lat było 58
„ 25 „ „ 68
„ 30 „ „ 24
„ 35 „ „ 7
„ 40 „ „ 2
Wyżéj 45 „ „ 3, z tych zaś jedna w 50 i jedna w 53 roku życia.

Jedna z owych chorych zgłosiła się z wrzodem twardym i istniejącemi już zmianami leukodermatycznemi. U jednéj zauważono wystąpienie takich zmian w pierwszym, u dwóch innych w drugim miesiącu od chwili, w któréj przybyły z wrzodami twardemi do szpitala.

U dwu chorych stwierdzono istnienie zmian leukodermatycznych po dwu latach od stwierdzenia kiły, u 2 po 22 miesiącach, u 3 po 21, u 2 po 20, u 1 po 19, a u 14 po roku. Tabelka stwierdzonego trwania *leukoderma* tak się przedstawia:

u 1 choréj		20 miesięcy
„ 3 chorych		15 „
„ 1 choréj		13 „
„ 6 chorych		12 „
„ 11 „	wyżéj	6 „
„ 37 „	„	2 „

Streszczając przytoczone spostrzeżenia, a nie kusząc się o rozstrzygnięcie sprawy co do istoty objawu, twierdzimy stanowczo, że *leukoderma* u kobiet należy do bardzo stałych, bardzo częstych i długotrwających zmian kiły, że jest ona niewątpliwym objawem kiłowego zakażenia. Jest najczęściéj pierwotnym, t. j. samoistnie występującym, znacznie rzadziéj następowym, czyli po plamach lub grudkach występującym objawem. Najczęściéj występuje w okresie wczesnym zakażenia. Wreszcie wiek chorych o tyle tylko ma znaczenie przy występowaniu tego objawu, o ile w wieku podeszłym cała skóra zanika, marszczy się i bieleje, zaczem zmian, nawet gdyby istniały, spostrzedzby nie można. Leczenie swoiste widocznego wpływu nie miało w żadnym ze spostrzeganych przypadków.

Spostrzeżenia niniejsze robione były w oddziele kobiecym. W oddziele męskim znacznie rzadziéj widuje się *leukoderma*. W każdym razie jednak między temi mniéj licznemi okazami widziałem jednego mężczyznę, którego brzuch cały pokryty był niezwykle regularnie ułożonemi plamkami jaśniejszemi. Był to zwyczajny wyrobnik, zatem człowiek, którego brzuch nie był narażony na szczególniejsze jakieś szkodliwe wpływy światła lub ciepła.

Istnienie *leukoderma* wśród objawów trzeciorzędnych kiły nie zadziwiałoby, jeżeli takie objawy w trzecim roku po zakażeniu występują, bo jak wykazałem, dwuletnie trwanie téj zmiany nie zdaje się być rzadkiem. Niektórzy je-

dnak z autorów zapewniają, że widzieli ją wśród trzeciorzędnych objawów kiły bardzo długo trwającej. Enthyboule opisuje ją nawet najdokładniej w dobrze obserwowanym przypadku kiły dziedzicznej, a także Smirnow ogłasza dwa podobne spostrzeżenia.

IV. Oceny i sprawozdania.

Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 2. neu bearbeitete Auflage von Dr. J. Boas 1891. 8 Mark. 314 str.

Autor zestawia w obszerny i jasny sposób cały dotychczasowy materyjał z patologii i terapii żołądka z dokładnem podaniem bieżącej literatury. W sposobie przedstawiania zachował on wszędzie uznania godną przedmiotowość, przyczem nigdzie nie pominął podać swoje własne bardzo trafne uwagi i spostrzeżenia zaczerpnięte tak ze swych własnych licznych prac, jakoteż ze swéj praktyki lekarskiéj. Książka obejmuje w pierwszym i drugim dziale opis anatomicznych i mikroskopowych stosunków żołądka, jakoteż fizyjologiczno-chemiczną część dotycząca soku żołądkowego, czynność chłonienia i wydalania. Trzeci i czwarty dział traktuje o wywiadach, badaniu fizycznem i sondowaniu żołądka, przyczem gastroskopia i prześwietlanie żołądka nie są pominięte. Piąty i szósty rozdział traktuje wyczerpująco o wewnętrznem badaniu[1]) żołądka i o chemicznym rozbiorze treści żołądkowéj. Bardzo jasno jest przedstawione poszukiwanie wolnego i utajonego kw. solnego i znaczenie patologiczne tegoż, jakoteż fermentów trawieńcowych. Rozdział siódmy i ósmy traktują o znaczeniu rozpoznawczem badania moczu i krwi w chorobach żołądka. Druga część pracy poświęcona jest terapii i podaje uwagi godne wskazówki co do żywienia w chorobach żołądka, a następnie omawia działanie rozmaitych wód mineralnych, wskazania do zdrojowisk, między któremi i nasza Szczawnica nie jest pominiętą, daléj zabiegi hydryjatyczne, miesienie, elektryzowanie i przepłukiwanie żołądka, które to ostatnie sprowadza do należytych rozmiarów. Ostatecznie następują rozdziały (13—15), w których autor szczegółowo omawia działanie, wartość i zastosowanie rozmaitych leków żołądkowych, jak kwasów, zasad, pepsyny, pankreatyny, goryczek, oreksyny itp. Część terapeutyczna książki nadaje pracy znaczną doniosłość praktyczną. Autor przez wydanie niniejszéj książki zadość uczynił życzeniu i potrzebie lekarzy, chcących się gruntownie zapoznać z obecnym stanem patologii i terapii chorób żołądka. Dla klinik, szpitali i zakładów chemii lekarskiéj stanie się książka Boasa niezbędnym podręcznikiem, w którym w rozmaitych pismach porozrzucane rozprawy, niezbędne do wykonywania prac, są wyczerpująco zebrane. *W. Jaworski.*

Terapija.

Frank (Praga): **O działaniu leczniczem diuretyny.**

Autor podaje spostrzeżenia z kliniki prof. Jakscha w Pradze, gdzie środek ten stosował u 30 chorych. Z tych 10 było dotkniętych wadami serca, 7 przewlekłem zapaleniem nerek, 5 zapaleniem opłucny, 4 marskością wątroby i t. d. Dawka dzienna środka wynosiła 5—7 gr. Według badań autora wywiera diuretyna bardzo korzystny wpływ na zmniejszanie się obrzęków przez zwiększenie czynności nerek. Jednocześnie ma także działać wzmacniająco na czynność serca. Co do skutków leczniczych, to w przypadkach z zapaleniem przewlekłem nerek występowało po podawaniu diuretyny znaczne polepszenie: ilość moczu zwiększała się znacznie, puchlina znikała, stan ogólny się poprawiał. Wyjątek stanowiły dwa przypadki bardzo ciężkie, u których stosowanie diuretyny na kilka dni przed śmiercią pozostało bez wpływu. U chorych z czystą wadą sercową spostrzegał F. po większéj części pomyślny, jednakże tylko przemijający skutek, przyczem autor podnosi, że były to przypadki rozpaczliwe, w których z góry nie można się już było spodziewać stałego polepszenia. W innych chorobach, jak w *myocarditis*, *pericarditis*, w marskości wątroby i zapaleniu opłucny wyniki były niestałe, po największéj części jednak dość zadowalające.

Z wyjątkiem uporczywych wymiotów i biegunki w kilku przypadkach, w wszystkich innych autor nie zauważył żadnych szkodliwych objawów ubocznych. Również nie zauważył działania kumulatywnego diuretyny lub zadrażnienia miąższu nerkowego. Frank poleca gorąco diuretynę w przypadkach, w których pragniemy sprowadzić wessanie przesączyn, głównie więc w zapaleniach nerek i w chorobach serca. W rozpaczliwych przypadkach, w których za pomocą diuretyny nie można osiągnąć pomyślnych wyników, udaje się nieraz polepszyć znacznie stan chorego przez kombinacyję diuretyny z naparstnicą lub innym środkiem nasercowym. (*Prager med. Wochenschrift* 1892. Nr. 12 i 13.)

Dr. Beck.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie II. z dnia 5 marca 1892 r.

Przewodniczący kol. Korczyński. — Członków obecnych 10.

1) Przewodniczący zawiadamia, że protokóły komisyi, począwszy od jéj zawiązania się w dniu 18 maja 1886, wskutek uchwały Tow. lek. krak. z dnia 7 kwietnia 1886, aż po koniec roku 1891, złożył Komitetowi Tow. lek. krak. a to w tym celu, ażeby w aktach Tow. lek. pozostał ślad działalności komisyi i żeby każdy z członków Towarzystwa miał ułatwioną sposobność wglądania w czynności komisyi.

2) Przyjęto z uznananiem do wiadomości, że p. Maryjan Zahradnik, aptekarz w Jeziernie, którego kapsułki lecznicze polecone zostały kilkakrotnie przez Tow. lek. krak., ofiarował na budowę Domu akademickiego w Krakowie ten sam procent od sprzedaży kapsułek, jaki podczas ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie przeznaczył na dochód Muzeum wynalazków polskich.

3) Przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o stanie zdrowia obory i służby stajennéj z mleczarń w Gnojniku, Grodkowicach i Śledziejowicach za miesiąc luty 1892.

4) W sprawie produkcyi krowianki przez lekarza miejskiego p. Józefa Freysingera w Lisku po ponownie przez Dra Murdzieńskiego, Dra Słapę i Dra Pelczara dokonanych próbach szczepienia i po autentycznem stwierdzeniu tak urządzenia zakładu, jakoteż wyników zeszłorocznych szczepień, uchwalono na wniosek Dra Murdzieńskiego zwrócić uwagę p. Freysingera na potrzebę ujednostajnienia na przyszłość produkcyi krowianki.

5) Doc. Dr. Bandrowski przedstawił wyczerpujący referat o zdrojowisku Drużbaki na Spiżu. Referat ten dotycze zarówno historyi rozwoju zdrojowiska tak licznie za czasów polskich jakoteż i późniéj odwiedzanego przez Polaków, jak niemniéj obejmuje także szczegóły topografii, statystyki, hydrografii, geologii i balneografii zdrojowiska dotyczące, wreszcie przedstawia wnioski zmierzające do wprowadzenia pożądanych ulepszeń. W uwzględnieniu, że Drużbaki leżą na Spiżu w obrę-

[1]) Acz kolwiek autor uwzględnił i polskich autorów, to gdzieniegdzie zaszły niedokładności. Mianowicie co do metody białkowéj (podanéj przez Gluzińskiego i Jaworskiego) na str. 122 zaczerpnął autor opis prawdopodobnie z dawnych źródeł. Obecnie uskutecznia się ta metoda w następujący sposób: Zbadawszy rano na czczo mikroskopowo i chemicznie treść żołądka czczego, nazajutrz rano na czczo podaje się badanemu jedno białko z jaja kurzego na twardo gotowane i 200 cc. wody przekroplonéj o ciepłocie pokojowéj do zapicia. Po trzech kwadransach wyciąga się treść ze żołądka bez wprowadzenia wody do żołądka. To samo badanie powtarza się następnego dnia rano naczczo, wyciągając jednak treść w szóstym kwadransie bez poprzedniego wprowadzenia wody do żołądka. To ostatnie uskutecznia się dopiero wtenczas, jeżeliby ze żołądka niczego wyciągnąć nie można było.

bie dawnych posiadłości polskich, w okolicy zamieszkałéj przez ludność rdzennie polską, i że znajdują się w rękach właściciela Polaka, uchwalono zajmować się i nadal sprawą zdrojowiska w Drużbakach, a to tem bardziéj, że i opinije Doc. Dra Ponikły i Dra Surzyckiego, delegowanych na posiedzeniu w d. 5 listopada 1891 do ocenienia tego zdrojowiska brzmią bardzo pochlebnie. Na razie uchwalono postarać się, aby referat Doc. Dra Bandrowskiego został ogłoszony drukiem.

6) Przyjęto referat Doc. Dra Ponikły w sprawie Jaszczurówki i uchwalono za zezwoleniem Towarzystwa lek. krak. wyrazić właścicielowi p. Adamowi Uznańskiemu uznanie za starania około rozwoju tego uzdrowiska a referat Doc. Dra Ponikły wydrukować w całości w „Przeglądzie Lek.“ (Wnioski te Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 16 marca 1892).

7) Na pismo Magistratu miasta Krakowa, ażeby Tow. lek. krak. oświadczyło, czy i jakiego rodzaju przedmioty gotowe jest udzielić dla Muzeum historyi austryjackiego przemysłu w Wiedniu, jak tego żąda Ministerstwo handlu, uchwalono odpisać, że komisyja nie posiada własnych zbiorów a przetwory przez nią polecane po największéj części nie wchodzą w zakres programu urządzić się mającego Muzeum. Gdyby jednak wyroby nowsze w zakresie chemii, pożywek i używek, narzędzi naukowych i chirurgicznych i elektrotechniki mogły być przydatne, to komisyja nie wątpi, że producenci, których spis się przeseła, wezwani przez Zarząd Muzeum przesłaliby bezpłatnie okazy swych produktów.

8) Na podstawie korzystnéj opinii prof. Steingrabera co do składu chemicznego i sposobu fabrykacyi, jak niemniéj na podstawie badań podjętych w klinice lek. krak., tak co do sztucznego trawienia, jakoteż trawienia w przewodzie pokarmowym osób zdrowych i chorych przez Dra Skrzyńskiego, wreszcie na podstawie korzystnych wyników leczniczych otrzymanych przez prof. Dra Korczyńskiego, uchwalono zaliczyć proszek mięsny wyrobu aptekarza p. Feliksa Sobierajskiego w Krakowie do rzędu przetworów leczniczych przez Tow. lek. krak. polecanych. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 26 marca 1892). Proszek ten sporządzony bywa przez wysuszenie miazgi z wyborowego i należycie tłuszczu i tkanki łącznéj pozbawionego mięsa wołowego w łaźni wodnéj przy ciepłocie 40—50° C. W naczyniach szklanych szczelnie zamkniętych przechowuje się długi czas bez rozkładu. 100 proszku mięsnego odpowiada około 750 grm. mięsa i kosztuje bez naczynia tylko 1 złr. Przetwór ten może więc w zupełności zastąpić podobne przetwory zagraniczne.

Sekretarz komisyi *Dr. Michał Śliwiński.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 maja. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego krakowskiego kol. Obaliński przedstawił chorego, u którego wykonał enteranastomozę według metody Hohenegga z powodu sztucznéj rzyci. W żywéj dyskusyi zabierali głos z kolei koll.: Idziński, Cybulski, Bossowski, Kryński, Mars i prelegent. Kol. Ludomił Korczyński miał odczyt o wynikach stosowania podskórnych wstrzykiwań gwajakolu w gruźlicy, ilustrując rzecz licznemi historyjami chorób, tablicami ciepłoty i t. d. W dyskusyi podał kol. Pieniążek kilka uwag o budowie chemicznéj gwajakolu potasowego, sodowego i litowego i o wynikach wstrzykiwania podskórnego tych środków w gruźlicy; nadto zabierali głos koll. Wachholz i Piątkowski.

* Na posiedzeniu Izby poselskiéj Rady Państwa we Wiedniu w dniu 12 b. m. odbytem poseł Dworzak uczynił wniosek względem zaprowadzenia obowiązkowéj nauki hygijeny w uniwersytetach i zakładach publicznych, oraz ustanowienia lekarzy szkolnych na wzór Francyi i Niemiec. Wartałoby, aby uniwersytety poszły za przykładem tego posła nielekarza i wniosek jego poparły ze swéj strony u Rządu.

* Na miejsce śp. Dra Krajewskiego wyjeżdża do Cieplic czeskich Dr. Skrzyński, uczeń szkoły krakowskiéj, i mieszkać będzie Villa Polonia.

* W tygodniu 18-tym (od 1—7 maja) było w Krakowie małżeństw 10, urodzeń 38, skonów 69, z tych z zapalenia płuc 15, z gruźlicy 6, z nieżytu żołądka i jelit 6, z duru brzusznego 3, z ospy 2, z dławca i błonicy 1, z duru plamistego 1.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Przegl. weterynarskim* Nr. 3: Królikowskiego: W sprawie środków zapobiegawczych przeciw wściekliźnie; Boczkowskiego: Badanie oczu u zwierząt domowych ze szczeg. uwzględnieniem wziernikowania; Szpilmana: Uwagi o potrzebie reformy studyjów weterynaryjnych. — W *Nowinach lek.* Nr. 3: Srebrnego i Bujwida: Przypadek twardziela nosa; Mitwalskiego: O niektórych guzach oczodołowych; Łepkowskiego: Przyczynek do nauki i chemicznym składzie zębów; Ożegowskiego: Sposób leczenia błonicy. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* zeszyt III.: Biernackiego: O wartości kilku nowych sposobów badania treści żołądkowéj; Cięglińskiego: Przyczynek do nauki o grzybnicach pleśniowych (dok.); Rupperta: O pochodzeniu żółciowéj marskości wątroby (c. d.); Minkiewicz: Literatura lekarska gruzińska. — W *Gazecie lek.* Nr. 9.: Herynga: O zastosowaniu prześwietlenia elektrycznego do badania jam i organów ustroju; Pawińskiego: O zastosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.); Świąteckiego: Przypadek tężyczki (dok.). — W *Medycynie* Nr. 9: Krówczyńskiego: Myxoedema; Guranowskiego: O ciałach obcych w uchu. — W *Gazecie lek.* Nr. 10: Lebensbauma: Rak pochwy, powstały w przebiegu raka ciała macicy drogą samozaszczepienia; Świąteckiego: Praktyczny sposób barwienia preparatów mikroskopowych; Herynga i Raichmana: O zastosowaniu prześwietlenia elektr. do badania jam i organów ustroju (dok.); Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (dok.). — W *Gazecie lek.* Nr. 11; Jakowskiego: W kwestyi etyjologii zapalenia opłucnéj; Lebensbauma: Rak pochwy powstały w przebiegu raka ciała macicy drogą samozaszczepienia (dok.). W *Kronice lek.* Nr. 3: Krajewskiego: O doraźnéj pomocy przy zatrzymaniu moczu (c. d.); Karczewskiego: O t. zw. siodełkow. odjęciu części pochwowéj. — W *Kronice lek.* Nr. 4: Krajewskiego: O doraźnéj pomocy przy zatrzymaniu moczu (c. d.); Huzarskiego: Kilka słów o leczeniu ostréj niedokrwistości wstrzykiwaniami podskórnemi soli kuchennéj. — W *Medycynie* Nr. 11: Chełmońskiego: Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych; Bernsteina: O syringomyelii; Majkowskiego: Sprawozdanie o chorych leczonych w Busku w r. 1891. — W *Gazecie lek.* Nr. 12: Wróblewskiego: Przyczynek do patologii i terapii migdałka językowego; Biernackiego: Przyczynek do nauki o syringomyelii; Jakowskiego: W kwestyi etyjologii zap. opłucnéj (dok.); Kohna: Przypadek zupełnego wynicowania macicy; Popławskiego: Przypadek mimowolnéj ekstrakcyi soczewki. — W *Medycynie* Nr. 12: Bernsteina: O syringomyelii (c. d.); Majkowskiego: Sprawozdanie o Busku (dok.). — W *Gazecie lek.* Nr. 13: Biernackiego: Przyczynek do nauki o syryngomyelii (c. d.); Wróblewskiego: Przyczynek do patologii i terapii migdałka językowego (c. d.); Cięglińskiego: Przypadek idiosynkrazyi względem chininy. — *Gazecie lek.* Nr. 14: Higiera: Ischias scoliotica; Zielińskiego: Przypadek wrodzonego braku wielkiego i małego m. piersiowego; Wróblewskiego: Przyczynek do patologii i terapii migdałka językowego (dok.); Arnsteina: Przypadek krztuśca powikłanego ropniem płucnym, wyzdrowienie. — W *Zdrowiu* Nr. 78; Michalskiego: Szpital dla obłąkanych w Tworkach pod Warszawą. — W *nowinach lek.* Nr. 5: Herynga: Bąblica bł. śluzowéj gardzieli i krtani; Jerzykowskiego: Uwagi nad ostatnią epidemiją grypy; Swięcickiego: Elektroliza w ginekologii; Salutryńskiego: Poród opóźniony przodujące ramiona, obrót na nóżki, przepuklina mózgowa; Stampkego: Kilka słów z powodu ostrego gośćca stawowego; Kapelskiego: Z méj praktyki

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się dodatek o kodeinie Knolla.

Rok XXXI. Kraków, 28 Maja 1892. Nr. 22.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmuja:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	1„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki chorób dzieci prof. Dra Jakubowskiego.

O intubacyi w dławcu.

Podał
Dr. Stanisław Momidłowski,
asystent tejże kliniki.

Minęły już czasy leczenia dławca krtani u dzieci tylko środkami wewnętrznemi, miejscowym upustem krwi i t. d., ustępując słusznego prawa zabiegowi chirurgicznemu t. j. tracheotomii. Do ostatnich lat ona była tu wszechwładną panią, gdy lekarz amerykański O. Dwyer niezadowolony z wyników swoich potracheotomijnych w intubacyi krtani wskazał nowy czynnik leczniczy w téj zabójczéj, a coraz częściéj pojawiającéj się chorobie dzieci.

Choć nie jest ona oryginalnym pomysłem O'Dwyera, bo pierwszych prób jéj szukać należy choć pod inną formą już w końcu zeszłego stulecia (Desault 1798), gdy w roku 1858 podobną metodę podaje Bouchut, a 1871 Weinlechner wprowadza elastyczne katetery, to zawsze wydoskonalenie narzędzi, techniki operacyjnéj, rozpowszechnienie rękoczynu i zainteresowanie ogółu lekarzy pozostanie niezaprzeczoną zasługą O'Dwyera. W Ameryce też pierwsze próby w tym kierunku robiono, a obecnie zabieg ten i w praktyce prywatnéj szerokie ma zastosowanie tak, że już w roku 1889 Dillon Brown zdołał zestawić 2368 przypadków dławca sposobem tym leczonych.

Znacznie późniéj i z mniejszym zapałem przyjęto ją w Europie, a pierwsi wprowadzili ją Thiersch, Rheu, Dr. Graser, Ranke, Dr. Guyer. Ich to zasługą jest poruszenie sprawy téj na 62. i 63. zjeździe lekarzy niemieckich, a gdy tamże na wniosek Dra Biederta postanowiono ogłaszać zbiorowe sprawozdania z wyników tracheotomii i intubacyi, zainteresowano ogół lekarzy, rzucono się na pole doświadczeń klinicznych i osiągnięto w ten sposób poważne cyfry, z których już pewne zdanie o wartości zabiegu wyrobić sobie można.

Z referatu prof. Rankego[1]) w roku bieżącym w sekcyi chorób dzieci na zjeździe lekarzy i przyrodników w Halli, dowiadujemy się, że do roku 1890 ilość intubacyj z Niemiec, Austryi i Szwajcaryi wynosiła 413 przypadków a 866 tracheotomij. Procent wyleczenia po intubacyj wynosił 34, po tracheotomii 38·1.

Znacznie korzystniéj stosunki te przedstawiają się w roku bieżącym, bo na 365 intubacyj w ostatnich 12 miesiącach wykonanych procent wyleczonych wynosi 40·5, gdy u 237 tracheotomowanych tylko 34·3.

Tylko tą drogą postępując, to jest porównywając wyniki swoje z wynikami innych, uniknąć można ostateczności, z jednéj strony potępienia intubacyi (Schwalbe: *Berl. klinische Wschrft.* Nr. 13, 1891), z drugiéj zaś strony nie zapatrując się na zabieg zbyt optymistycznie, mimo to wynaleść stosowne wskazania dla tegoż.

Z końcem r. 1890 zachęcony przez p. prof. Dra Jakubowskiego, z pewnem uprzedzeniem począłem robić doświadczenia, a pierwsze przypadki może skutkiem braku wprawy niepomyślne, niewiarę moją jeszcze spotęgowały. Wkrótce jednak rzecz inaczéj zaczęła się przedstawiać i dziś po wykonaniu intubacyi w 82 przypadkach dławca krtani tak w błonicy pierwotnéj jak i następowéj, zdanie moje co do wartości tejże metody zmieniłem.

Uważając na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie zainteresowanie się szan. Kolegów tym przedmiotem, z drugiéj zaś strony sądząc, że może zachęcę niektórych do zastosowania jéj w praktyce, zamierzam spostrzeżenia nasze ogłosić.

Narzędzia do zabiegu tego służące, które w ostatnich latach nieznacznym tylko zmianom uległy, a jakie w naszéj klinice są używane, składają się:

[1]) *Verhandlungen der achten Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der Abtheilung der Kinderheilkunde der 63. Versammlung deutscher Naturforscher in Bremen 1890.*

a) z 4 rurek brązowych wyzłacanych (tubus) o rożnem świetle, grubości i długości, odpowiednio do większości dzieci od jednego roku do 12 lat,

b) z przyrządu do wkładania,

c) z przyrządu do wyjmowania tubusów, wreszcie

d) z rozwieracza.

Rurki te na przekroju poprzecznym kształtu owalnego, mają na górnym tylnym końcu guzikowate rozszerzenie, w części przedniéj górnéj opatrzone są otworkiem, służącym do wprowadzenia nitki, zaś w środku długości swojéj brzuszkowate zgrubienie. Każda z rurek opatrzona jest obturatorem do wielkości tejże zastosowanym, którego koniec dolny zaokrąglony i nieco poza światło rurki wystający, chroni tkanki przy wprowadzaniu rurki przed obrażeniem. Do górnego końca obturatora wśrubowuje się przyrząd służący do wprowadzania rurki.

Nie wdając się w dalsze opisy dosyć skomplikowanych przyrządów służących do wprowadzania i wyjmowania rurki, przystępuję wprost do aktu samego.

Podczas gdy przy tracheotomii potrzebną jest odpowiednia asysta, uśpienie dziecka, gdy wreszcie przygotowanie do zabiegu wymaga dłuższego czasu, to rzecz cała odbywa się znacznie prościéj:

Posługaczka trzyma dziecko na kolanach twarzą zwrócone do operującego, opierając głowę tegoż na swojem ramieniu lewem, rękami przytrzymując mu ręce, między kolanami zaś nogi. Druga osoba stojąc poza chorym trzyma głowę dziecka, równocześnie rozwieraczem po stronie prawéj otwierając usta. Operujący staje przed dzieckiem, palec wskazujący lewéj ręki wprowadza do ust aż poza nakrywkę głosową, podnosi ją i w położeniu tem utrzymuje, poczem przymocowany do wprowadzacza a opatrzony nitką tubus wkłada w jamę ustną. Przy wprowadzaniu radzi O'Dwyer trzymać początkowo trzonek narzędzia równolegle do klatki piersiowéj, aż koniec tubusa przejdzie poza szczyt nakrywki głosowéj, z którą to chwilą podnosi się trzonek do poziomu a zatem prostopadle do osi podłużnéj ciała, następnie pod kontrolą palca ręki lewéj, wsuwa koniec tubusa między więzadła głosowe. Gdy się to stało, występuje natychmiast bezdech i teraz szybko zepchnąwszy tubus, wyjmuje się obturator, pozostawiając dokładniejsze umieszczenie rurki kontrolującemu palcowi ręki lewéj.

Cały ten akt winien się odbywać bez żadnéj przemocy, mając raczéj uczucie, że tubus własnym ciężarem w przeznaczone dla siebie miejsce wpada, przy lekkim tylko ucisku palca ręki lewéj. Przy wprowadzaniu baczyć należy na to, aby tubus znajdował się w linii środkowéj ciała, podnosząc zaś trzonek ku górze, by koniec tubusa dolny znajdował się tuż nad szparą głosową i to pionowo ustawiony. U dzieci poniżéj dwóch lat, a nawet u starszych ze znacznym przerostem migdałków, wprowadzanie napotyka na pewne trudności z powodu małéj pojemności jamy gardzielowéj.

Akt intubacyi odbywa się nadzwyczaj szybko, a jeżeli O'Dwyer wymaga ukończenia całego zabiegu w 5 sekundach, to czas ten chociaż za krótki do ukończenia całego rękoczynu, jest jednak aż nadto wystarczającym przy pewnéj wprawie do wprowadzenia tubusa w tchawicę, a więc do załatwienia istoty rzeczy. Pierwsze próby intubacyi zwykle zawodzą, kto raz jednak, przećwiczywszy się na trupie, tubus w odpowiednie miejsce wprowadził, w następnych razach z łatwością to uczyni. U początkujących zdarza się często, że wkładają tubus do połyku zamiast do tchawicy, co jednak przy obecności nitki rurkę utrzymującéj niema żadnego znaczenia. Tylko w rzadkich przypadkach obrzęku wejścia do krtani natrafia się na pewne trudności przy wprowadzaniu, lecz i to po kilku próbach przezwyciężyć się daje (Ranke), co również w kilku naszych przypadkach zauważyć mogłem.

Aby uniknąc trudniejszego zabiegu, jakim jest wyjmowanie rurki, które odbywa się również pod kontrolą palca i w podobny sposób jak wkładanie, tylko za pomocą przyrządu innego do tego celu służącego, radzą niektórzy jak Wyss, Guyer a zwłaszcza Ganghofner pozostawienie nitki, umocowawszy końce jéj plastrem na czole lub policzku, — a okoliczność ta i z tego względu jest korzystną, że dozwala każdemu wyjąć ją w nagłym przypadku zatkania rurki błoną. Téj okoliczności właśnie przypisuje prof. Ganghofner swoje znacznie korzystniejsze wyniki, a gdy rozporządza 240 przypadkami intubacyi w klinice jego wykonanemi z 113 wyleczeniami (47%), może w téj kwestyi poważny głos zabrać. Początkowo i u nas nitka była zostawianą, gdy jednak ma to i swoje ujemne strony, jak drażnienie do wymiotów i kaszlu, większe krztuszenie się przy piciu, wreszcie konieczność związania dziecku rąk, aby nitki wraz z rurką nie wyrwało, obecnie po dokonanéj intubacyi przekonawszy się, że tubus leży w odpowiedniem miejscu, oddech odbywa się spokojnie, a więc gdy niema żadnej przyczyny natychmiastowe wyjęcie tubusa wymagającéj, po kilku minutach usuwamy ją.

Wyjmując nitkę należy po rozwarciu dziecku ust końcem palca uciskać na główkę tubusa, aby tegoż wraz z nitką nie wyciągnąć.

Z chwilą założenia tubusa w odpowiednie miejsce występuje charakterystyczny tępy kaszel parę minut trwający, przyczem dziecko odkrztusza nagromadzoną w drogach oddechowych wydzielinę, często błony krupowe, wreszcie po kilku wdechach głębokich zupełna ulga i zadowolenie, a obraz ten podobny jest do tego, jaki przedstawia dziecko po otwarciu tchawicy przy tracheotomii. Duszność, sinica, owe znaczne zaciągania łuków i przestworów żebrowych, złowrogie szmery krtaniowe znikają, a chory jeżeli poprzód bardzo był zmęczony, z zadowoleniem kładzie się do łóżeczka i wkrótce zasypia, lub też wesoło bawi się, nie skarżąc się na żadne przypadłości ze strony gardła, a nawet zrozumiale mówić może, choć głos jest bezdźwięcznym.

Starsze dzieci skarżą się niekiedy na nieprzyjemne uczucie w gardle, co jednak szybko ustępuje. Jeżeli sprawa przebiega daléj prawidłowo, a są to te przypadki, które kończą się wyleczeniem, więc gdzie nie tworzą się nowe błony, dławiec ogranicza się tylko do pierwszych dróg oddechowych, nie przyłączą się żadne powikłania ze strony płuc, dziecko z tubusem nie wymaga szczególniejszéj opieki, a jedyną trudność sprawia karmienie, o czem tu tylko nawiasem wspominam.

Oddychając niemal fizyjologicznie, bo drogami naturalnemi, nie potrzebuje tych częstych inhalacyj, jak to ma miejsce po tracheotomii, gdyż wydzielina nigdy ani w tubusie ani w oskrzelach nie zasycha, odpada tak czyszczenie kaniuli, jak wreszcie leczenie przeciwgnilne saméj rany. Tak się rzecz ma aż do ostatecznego wyjęcia tubusa, a więc do chwili, gdy drożność tchawicy jest dostateczną, co zwykle w dwóch

do pięciu dni ma miejsce. W okresie tym nawet ciepłota ciała nieznacznie tylko bywa podwyższoną, zwykle waha się między 37 a 38·5, gdy przy wyższéj ciepłocie już jakiegoś powiklania obawiać się należy.

Samo leczenie zasadza się na podaniu lekkiego środka wykrztuśnego, miejscowego stosowania leków na dotkniętą błonicą jamę gardzielową, a robiąc wreszcie kilka razy dziennie wdychiwania przyrządem Siegla, bądź środkami rozdzielającemi, bądź przeciwguilnemi, wszystkie wskazania wykonaliśmy.

Na pozór więc zdawałoby się, że w intubacyi znaleziono środek ułatwiający znacznie zadanie tak lekarzowi jak i otoczeniu dziecka, a jednak gdy to ostatnie rzeczywiście mniéj ma do czynienia, lekarz bierze na barki swoje znacznie większy ciężar niż po wykonaniu tracheotomii.

Przypatrzmy się bowiem, jak wyglądają te mniéj pomyślne a częstsze przypadki dławca krtani intubacyją leczone. Jakkolwiek nie da się to, ściśle wziąwszy, ująć w pewne formy, to jednak przypadki te dzielę na 4 główne typy:

1) albo występuje nagły bezdech zaraz po założeniu tubusa;

2) nagły bezdech w kilka lub kilkanaście godzin u dziecka poprzód dobrze oddechającego;

3) po założeniu tubusa nie widzimy prawie żadnéj ulgi, lecz duszność i daléj się utrzymuje;

4) polepszenie, oddech swobodny trwa tylko chwilowo, a po kilku lub kilkunastu godzinach występuje przyspieszenie oddechu, zapadanie przestworów żebrowych, wreszcie sinica.

W pierwszym i drugim przypadku przyczyną nagłego bezdechu jest zatkanie małego otworu rurki grubą błoną krupową, w 3-im i 4-ym przyczyną duszności szerzenie się dławca w tchawicy i oskrzelach.

W obu pierwszych natychmiastowe wyjęcie tubusa wywołuje często wykrztuszenie błony krupowéj, niekiedy stanowiącéj odlew oskrzeli, a po powtórnem założeniu rurki oddech spokojny, w 3 im i 4 ym zwykle wyjęcie nie pomaga, lecz trzeba przystąpić natychmiast do tracheotomii, która także zazwyczaj zawodzi.

Oczywiście i w dwóch pierwszych przypadkach, gdy wyjęcie tubusa wykrztuszenia błony nie wywoła, lub gdy mimo tego duszność się utrzymuje, tylko natychmiastowa tracheotomija coś zdziałać jest w stanie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O blednicy (*chlorosis*) i jej leczeniu.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniach 16 marca i 27 kwietnia b. r.

Podał

Prof Dr. Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21.)

Doświadczeń tych tutaj opowiadać nie będę, opisaliśmy je w „Przeglądzie Lek." Nr. 34 z r. 1891, a wspomnę tylko że pewna część wykazywała nam nadmierne wydzielanie HCl (*hyperchloria*), jeszcze mniejsza upośledzenie lub brak HCl (*hypochloria* i *achloria*) a najznaczniejsza prawidłowy HCl, natomiast bardzo często stwierdzaliśmy upośledzoną siłę mechaniczną żołądka. „Na podstawie wyników tego badania", pisaliśmy wtedy, „przyszliśmy do wniosku, że w znacznej części przypadków blednicy trawienie żołądkowe gra niepoślednią rolę. Jako podstawę wyjścia tego zdania uważać musimy upośledzenie czynności mechanicznéj żołądka, którą w znacznéj liczbie przypadków u naszych chorych stwierdziliśmy. Upośledzony ten mechanizm żołądka jest przyczyną, że bardzo często u chorych badanych na czczo rano, znajdowaliśmy resztki pokarmów dnia poprzedniego spożytych, treść w początkach badania kwaśno oddziaływającą, która zawierała peptony i propeptony. Nieopróżnianie żołądka w należytym czasie, pozostawanie pokarmów dłużéj już wystarczy, jakto same przypadki pouczają, do wywołania rozlicznych przypadłości żołądkowych, jak gniecenia, braku łaknienia, a w dalszem następstwie, gdy stan taki trwa dłużéj, przez drażnienie błony śluzowéj może wystąpić i zboczenie w chemiźmie trawienia żołądkowego, wywołując n. p. nadmierne wydzielanie HCl".

Upośledzenie to czynności mechanicznéj żołądka odnieść trzeba do osłabionego działania mięśni ściany żołądka, wynikającego może i z niedostatecznego ich rozwoju — a zwłaszcza z degeneracyi mięśni, wskutek wadliwego składu krwi. Osłabienie to warstwy mięśniowéj pociągnąć może za sobą rozszerzenie żołądka, które nieraz spotykałem u młodych dziewcząt na blednicę cierpiących — jedno z mniéj przyjemnych powikłań blednicy, bo pozostające zwykle na czas dłuższy nawet po ustąpieniu blednicy i wymagające dalszéj uwagi, aby nie zostało stałą zmianą. Zboczenia te w trawieniu muszą podtrzymywać blednicę bo pociągają za sobą upośledzenie łaknienia, nieprawidłowe trawienie spożytych pokarmów, a co za tem idzie i upośledzenie odżywienia. Na dowód jak zawisłe są funkcyje chemiczne i mechaniczne żołądka od blednicy, niech posłuży przypadek spostrzegany w klinice prof. Korczyńskiego.

Dotyczy on pacyjentki 18-letniéj, pochodzącéj z rodziców zdrowych, która w dziecięctwie przebywała ospę i szkarlatynę, zresztą nie chorowała. W 15 r. ż. pierwsza regularność, od tego czasu silne bóle głowy, osłabienie coraz większe, męczenie się szybkie przy chodzeniu, coraz więcéj podupadające łaknienie, wymioty, bóle w okolicy żołądka, bezsenność itd.

Przyjęta w d. 3 marca 1891. Badanie w wewnętrznych organach, z wyjątkiem miernego stopnia powiększenia śledziony, zboczeń żadnych nie wykazało — natomiast klasyczny obraz ciężkiéj blednicy. Krew blada, wodnista, wyraźna *mikrocythämia* i *poikilocytosis*, ilość ciałek czerwonych w 1 ctm. sześć. 2·800000, białych 10000, stosunek 1:278 Hg. 20%. W pierwszych dniach obserwacyi można było u niéj obok upośledzonéj funkcyi mechanicznéj jeszcze HCl wykazać, późniéj już nigdy; treść żołądkowa zawsze obojętnie oddziaływała przy wszystkich próbach, chociaż stan już się poprawił, bo w dzień opuszczenia kliniki, t. j. 13-go maja krew zawierała: Hg. 45%, ciałek czerwonych 4·40000, białych 12·200, stosunek 1:360. Ciężar ciała podniósł się o 9 klg., *mikrocythämia* i *poikilocytosis* trwała jednak daléj. Od maja do listopada pacyjentka pozostawała w domu, wróciwszy ze swą niewyleczoną jeszcze blednicą do niekorzystnych warunków. Nic dziwnego, że zyskany przybytek Hg. ciałek czerwonych, wagi ciała powoli straciła i przyjęta napowrót do kliniki w d. 7 grudnia t. r., przedstawiła stan jeszcze gorszy niż przy pierwszem badaniu, bo Hg. wprawdzie 25%, ale ciałek czerwonych tylko 1700000, a waga ciała spadła o 5 kg. Badanie żołądka wykazało znów tę samą zmianę t. j. upośledzenie czynności mechanicznéj żołądka i brak HCl. Stan ten żołądka trwał mniéj lub więcéj przez cały grudzień do połowy stycznia; w tym czasie zaczął się pojawiać sok, który zawierał HCl, po tylu mie-

siącach po raz pierwszy i sztucznie dobrze trawił, ale też stan ogólny i krwi poprawił się znacznie — Hg. wynosiła już 55%, ilość ciałek czerwonych 4000000.

Pacyjentka opuściła klinikę w d. 15 lutego 1892 r., zyskawszy na wadze 10 klg., krew składu prawidłowego (bez śladu *poikilocytosis*). Hg. 85%, ciałek czerwonych 5000000, białych 13·300 czyli stosunek 1 : 380, czynność żołądka normalna.

Jest to przypadek błednicy ciężkiéj, wykazujący dobitnie zależność funkcyi żołądka od stanu krwi; że tu nie odwrotny zachodził stosunek, najlepszy dowód w tem, że poprawa krwi szła naprzód przy ciągłym braku HCl, a ten się pojawił po miesiącach, gdy skład krwi doznał znacznego polepszenia.

Obraz cierpienia żołądkowego w błednicy nie byłby zupełny, gdybym nie wspomniał o wrzodzie okrągłym żołądka, który rozpoznajemy według znanych cech. W rozpoznaniu tem jednak natrafiamy nieraz na znaczne trudności, gdy chodzi o rozstrzygnięcie, czy mamy do czynienia ze zwykłym nerwowym bólem (kardialgią) czy też z wrzodem okrągłym — decydującym właściwie jest tu czas występowania bólów i badanie treści żołądkowéj (zachowanie się HCl) — nie mówiąc o tem, że wśród tych warunków wymioty krwawe rozstrzygają stanowczo między temi dwiema sprawami.

Jeżeli już wspomniałem o krwotokach żołądkowych, pozwólcie Panowie, że w tem miejscu podzielę się spostrzeżeniami, które mi nasunęły wątpliwość, czy krwotoki żołądkowe u błednicowych spostrzegane mają przyczynę swoją tylko we wrzodzie okrągłym żołądka, czy też i bez takowego zjawiać się mogą?

Przypadek I. A. H. lat 18, przedstawiła mi się w godzinie ordynacyjnéj z błednicą wyższego stopnia, skarżąc się na upośledzone łaknienie, odbijania czcze, małe gniecenia po jedzeniu, zaparcie stolca. Nigdy bólów, żadnych wymiotów. Wśród leczenia znaczna poprawa stanu. Po powrocie ze świeżego powietrza oddała się zwykłym zajęciom. Błednica znowu rozwijać się poczęła, przypady żołądkowe tylko wyżéj opisane, i nagle w kilka miesięcy od pierwszego badania widziałem chorą leżącą prawie bez tętna wskutek silnéj utraty krwi z wymiotami, które wystąpiły najniespodziewaniéj bez żadnych poprzednich zwiastunów. Krwotoków takich było 3 w jednym dniu. Po tygodniu poprawa, w 4 tygodnie już pacyjentka chodziła i zyskała na tem tyle, że błednica jéj szybkim krokiem zaczęła ustępować. Jest temu już dwa lata, pacyjentka cieszy się najlepszem zdrowiem, nie mając najmniejszych przypadłości, któreby odpowiadały wrzodowi okrągłemu żołądka, podobnie jak ich nie miała i przed krwotokami.

Przypadek II. A. W., lat 19, przypady błednicy od lat dwóch, nieco skrofuliczna, forma błednicy mięszanéj (typ prosty z sercowym). Przy obiedzie siedzącéj nagle zrobiło się jednego dnia słabo, a w godzinę nastąpiły wymioty krwawe, w 4 tygodnie wstała, odbyła podróż do Abazyi, dziś, już miesięcy temu 6, żadnych przypadów ze strony żołądka. Wpływ na błednicę bardzo dobry.

Przypadek III. A. G., lat 18, od 4 lat w ciągłem leczeniu na błednicę ze zmiennym skutkiem. W ostatnich czasach pobyt w górach, poprawa ogólna. Pobyt w mieście, oddanie się nauce, zajęciom domowym stan pogarsza; zostałem wezwany z powodu, że w ostatnim tygodniu kilka razy zrobiło się jéj słabo i co tylko nie zemdlała, zresztą uskarża się tylko na ogromny brak sił, bicie serca przy każdym ruchu i brak zupełny łaknienia. Na wyraźne pytanie podaje, że bólów w żołądku nigdy nie miała i nie ma, nigdy nie wymiotowała, czasem poprzednio doznawała czczych odbijań i gniecenia w żołądku. Przy silnie rozwiniętéj tkance tłuszczowéj znalazłem bladość powłok ogólnych i bł. śluzowych uderzającą, szmery anemiczne nad sercem, buczenie w żyłach, tętno drobne, b. przyspieszone, ciepłota 37·6, zresztą żadnych zboczeń. W kilka godzin wezwano mnie powtórnie, bo chora zemdlała, mimo leżenia w łóżku i miała „odpluć kilka razy krwią“. Stan osłabienia zastałem większy, bez możności dokładnego wyrobienia sobie zdania, co właściwie się dzieje; źródła dla „odplutéj krwi“ szukałem nadaremnie w nosie, jamie ustnéj, płucach, o żołądku nie myślałem wobec podania choréj, że ją „odpluła“ i braku jakichkolwiek przypadów z téj strony. Że 2 litry krwi w postaci starszych skrzepów i świeżéj krwi, jakie chora wieczorem z wymiotowała, odkryły mi źródło osłabienia choréj, omdlewań nietylko w tym dniu, lecz i prawdopodobnie w poprzedzającym tygodniu. — Nad ranem powtórne wymioty krwawe, tętno ledwo wymacalne. Po tygodniu, gdy parcie w tętnicach się podniosło, trzecie wymioty czysto krwawe postawiły pacyjentkę w niebezpieczeństwie życia. Ośm tygodni poruszyć się nie mogła, bo podniesienie głowy wystarczało, aby stan omdlenia wystąpił, a pełnych 3 miesięcy nim pacyjentka mogła się podnieść. I znów ani w tym czasie, ani przedtem, ani do téj chwili, a jest temu miesięcy 8, objawów odpowiadających wrzodowi okrągłemu żołądka żadnych. Dodać nadto winienem, że wymiociny krwawe pierwsze badane papierkiem lakmusowym oddziaływały zaledwie słabo kwaśno, drugie obojętnie — szczegół ważny, o którym zaraz wspomnę.

W przypadkach tych trzech jedynie wymioty krwawe przemawiały za wrzodem okrągłym żołądka, zresztą żadnych innych objawów nie było przed niemi ani po nich. Wiem, że tu tylko sekcyja stanowczo rozstrzygnąćby mogła, wiem, że wrzód okrągły może przebiegać niespostrzeżenie, pozwólcie jednak Panowie, że podniosę te okoliczności, które nie pozwalają stanowczo rozpoznawać w tych przypadkach wrzodu, lecz każą się obejrzeć i za inną przyczyną krwotoków.

Okolicznościami temi są: 1) brak napadowych bólów zwłaszcza po jedzeniu, wymiotów, odbijań kwaśnych tak przed krwotokiem jak i po krwotoku; 2) korzystny wpływ krwotoku na dalszy przebieg choroby, zwłaszcza zaś 3) stwierdzony fakt w przypadku III, że wymiociny krwawe oddziaływały słabo-kwaśno a nawet obojętnie, to znaczy, że nadmiernego wydzielania HCl, objawu spostrzeganego stale przy wrzodzie, nie było. A to tembardziéj musi mieć znaczenie, o ile z doświadczeń Korczyńskiego i Jaworskiego[8]) wiadomo, że krwotok żołądkowy przy wrzodzie zapowiada się naprzód zwiększającym się coraz bardziéj stopniem kwasności od HCl pochodzącym, osiągającym szczyt swój podczas krwotoku.

Jeżeli się zaś uwzględni, że wszystkie trzy w sposób opisany przebiegające krwotoki żołądkowe, spotykałem u dziewcząt młodych dotkniętych w wysokim stopniu błednicą, że w innych chorobach przebiegających z silną niedokrewnością, n. p. w niedokrewności złośliwéj, również krwotoki żołądkowe spotykamy bez wrzodu żołądkowego, skłonny jestem przypuścić, że przyczynę krwotoków w naszych przypadkach możeby można odnieść do zmian w naczyniach wywołanych przez błednicę. Zmiany te w naczyniach znamy od czasu klasycznego opisu Virchowa[7]) i wiemy, że w błednicy znajdujemy zwyrodnienie tłuszczowe naczyń tak warstwy środkowéj *(media)* jak szczególnie wewnętrznéj (*intima*), wskutek tego stają się one kruchsze i skłonne do pękania.

Ta zmiana naczyń tłomaczy nam, dlaczego nieraz u błednicowych nie brak regularności nastaje, lecz formalne krwotoki maciczne, dlaczego często spotykamy krwotoki nosowe, a że kruchość tych naczyń spotykamy i w żołądku,

mieliśmy sposobność przekonać się wspólnie z kol. Buzdyganem wśród dokonywania doświadczeń naszych wyżéj wspomnianych, gdy często bardzo musieliśmy przerywać wyciąganie treści z żołądka, bo nam się krew świeża pokazywała, co mi się wyjątkowo zdarzało u innych osób, mimo wcale bogatego doświadczenia w tym kierunku. Krwotoki w tym stopniu jak nasze, które wprost groziły życiu chorym, należą szczęściem do wyjątków, mniejsze uchodzą z pewnością uwagi, podobnie jak niewiedziałbym o krwotokach w żołądku i przyczynie omdleń w przypadku moim III, gdyby nie nastąpiły wymioty krwawe.

Że tak być może, dowodzą tego badania Hösslina[4]), który porównywał kał osób zdrowych z kałem dziewcząt dotkniętych blednicą, pod względem zawartości żelaza i hematyny i wykazał, że przy jednakowem żywieniu u dziewcząt zdrowych znajdował n. p. na 1 grm. kału 0·38 mgr. Fe a 0·027 mg. hematyny, gdy u niektórych blednicowych 2·34 mg. Fe a 1·133 mg. hematyny, który to przybytek żelaza w całości i hematyny mógł pochodzić tylko od krwi wylanéj do przewodu pokarmowego. W ten sposób badając 67 przypadków, stan ten, to jest wylewanie się krwi do przewodu pokarmowego, stwierdził 25 razy. Na podstawie swoich badań dochodzi wprawdzie Hösslin, zdaniem mojem, do wniosków błędnych, bo twierdzi, że blednica jest niedokrewnością następową wskutek krwotoków w przewodzie pokarmowym, biorąc następstwo za przyczynę i przeceniając znaczenie i częstość swego spostrzeżenia — fakt pozostanie jednak faktem, a moje przypadki mogłyby stanowić ilustracyję, do jakiego stopnia mogą te krwotoki dochodzić. Jak często podobne krwotoki mogą się zdarzać, nie umiem powiedzieć, z badań Hösslina wypadałoby, że nie rzadko. że mogą one i po kilka, kilkanaście lub kilkaset gramów wynosić, a nawet jak w moich przypadkach i do 2 litrów dochodzić. Pęknięciom takim naczyń w żołądku może towarzyszyć powstawanie nadżerek, które wśród pewnych warunków pod działaniem HCl. dadzą źródło do powstania wrzodu okrągłego żołądka. O ile nadżerki te są przyczyną bólów i gnieceń i nadczulości błony śluzowéj u blednicowych, jak to chce Rosenheim[10]), rozstrzygnąć nie umiem.

Na jedno pytanie należy mi jeszcze dać odpowiedź, t. j. dlaczego zmienione naczynia mają przeważnie na bł. śluzowéj żołądka pękać i krwotoki sprowadzać. Że nie tylko na bł. śluzowéj żołądka, już mówiłem, wspominając wyżéj o krwotokach macicznych (*mennorrhagia*), krwotokach z nosa, a w klinice prof. Korczyńskiego stwierdzono wynaczynienie i na dnie oka, błona śluzowa żołądka jest może jednak najwięcéj usposobiona do krwotoków, dowodem tego jak często w niéj stwierdzamy wybroczyny na stole sekcyjnym dzięki zapewne swemu bogatemu unaczynieniu, narażeniu ciągłemu na urazy ze strony pokarmów i przekrwieniom, jakich doznaje podczas aktów trawienia. W każdym razie jestem zdania, że u blednicowych może przychodzić do krwotoków żołądkowych większych lub mniejszych wskutek pękania naczyń bez wrzodu okrągłego, że niejedno omdlenie u nich ma w tem swoje źródło, że nawet czasami, jak w naszych przypadkach, krwotoki te wprost mogą życiu zagrażać. Szukając w literaturze, czy nie znajdę podstawy dla tego przypuszczenia w badaniach pośmiertnych, znalazłem przypadek opisany przez Bantiego[11]), który dotyczy dziewczyny lat 21 liczącéj, cierpiącéj obok niedokrewności na brak łaknienia, bóle w dołku podsercowym po jedzeniu, wymioty krwawe, a gdy zmarła wskutek *proctitis purulent.*, sekcyja nie wykazała ani śladu wrzodu w żołądku.

Obok przypadów ze strony żołądka mamy w blednicy bardzo często przypady ze strony jelit, a zwłaszcza w postaci niedowładu ich (*atonia*) sprawiającego, że wypróżnienia odbywają się leniwo, co kilka, a nawet co kilkanaście dni; miałem pacyjentkę, która aktu tego dokonywała najwyżéj 20 razy na rok. Objaw ten zwykle datuje się z czasów przedblednicowych, a powstaje wskutek braku ruchu u dziewcząt a częścią dzięki nierozsądnemu przyzwyczajeniu. Rozwijająca się blednica potęguje to zboczenie, bo wobec braku dowozu odpowiedniéj ilości tlenu, wskutek zmniejszonej ilości ciałek czerwonych a w nich jeszcze hemoglobiny odżywienie mięśni podupada, warstwa mięśniowa jelit słabnieje podobnie jak w żołądku, dając tu powód do upośledzonego wydalania pokarmów i rozszerzenia żołądka, tam do osłabienia ruchów i siły wydalającéj kał — a nadto osłabienie mięśni tłoczni brzusznéj, a wiemy, że wogóle siła mięśniowa w blednicy słabnie, gra tu także swą rolę. — Pozostawanie to długie kału w jelitach, gnicie coraz większe istot białkowatych, wchłanianie wskutek tego powstających ptomainów i toksynów, sprowadzających samozatrucie ustroju (*autointoxicatio*) obojętnem być nie może i stanowi jużto przyczynę wywołującą a w każdym razie podtrzymującą blednicę, i w leczeniu zasługuje na szczególną uwagę.

Na tem poprzestanę kreślić obraz typu trawieńcowego blednicy (*chlorosis dyspeptica*), by przejść do następnego typu sercowego (*chlorosis cardiaca*), t. j. obrazu blednicy, w którym na pierwszy plan występują uczucia podmiotowe ze strony serca, jak bicie serca, zadyszania przy każdym ruchu, omdlewania i t. d. Przypadom tym podmiotowym towarzyszą też najczęściéj i przedmiotowe zjawiska, wynikające z nieprawidłowego składu krwi a ztąd i złego odżywiania mięśnia sercowego, nieraz i tak już w rozwoju swym upośledzonego. Stwierdzamy tu szereg objawów, począwszy od mniéj lub więcéj przyspieszonego, mniéj lub więcéj napiętego tętna, buczenia żył, szmerów anemicznych w sercu — aż do rozszerzenia prawéj komory serca, nieraz przerostu lewéj wskutek wązkości układu naczyniowego.

Pozwólcie Panowie, że szmerom anemicznym poświęcę słów kilka, opierając się na własnem doświadczeniu. Jak wiemy, szmery te są przeważnie skurczowe, słyszalne najwyraźniéj nad tętnicą płucną i końcem serca, są one miękkie, nieraz jednak tak szorstkie, że odróżnić je od szmerów organicznych prawie niepodobna. Jesteśmy wobec tego nieraz w kłopocie, aby ocenić, z czem mamy do czynienia, zwłaszcza, że od czasu Virchowa wiemy, jak blednica usposabia do spraw na śródsierdziu z jednéj strony, a z drugiéj wiemy, że nieraz zapalenie śródsierdzia (*endocarditis*) przebiega przybierając postać blednicy. Najważniejszym sposobem rozpoznawczym pozostanie z pewnością czas, obserwacyja, wykazujące nam dalszy los słyszanego szmeru, obok tego jednak mamy pewne szczegóły, które zebrane mogą nam nieraz wątpliwość rozjaśnić.

Jak wiemy, dostatecznéj wiadomości o przyczynie powstawania szmerów akcydentalnych dotąd nie znamy i przypuszczamy ich kilka, a mianowicie przypisujemy je jużto pewnym zaburzeniom w unerwieniu i w odżywieniu mięśni brodawkowych, wskutek czego zastawki nie popadają w jednostajne drgania lub powstaje względna niedomykalność zastawki dwukończystéj, jużto uciekamy się w ostatnich latach

do teoryi Schrwalda, która sprowadza te szmery do wspólnego źródła z zboczeniami żylnemi. Tak jak te mają źródło z jednéj strony w przyspieszonym prądzie krwi wskutek wodnistości takowéj, a więc zmniejszonego tarcia o ściany naczynia, bo przyczepność mniejsza, z drugiéj strony w niestosunku między wypełnieniem żył szyjnych a opuszki jarzmowéj (*bulbus jugularis*), tak szmery te akcydentalne powstają z tych samych przyczyn w przedsionku lewym dlatego, bo niestosunek rozmiarów jest przecież większy między żyłami płucnemi a przedsionkiem lewym, niż między żyłami głównemi (*v. cava*) a przedsionkiem prawym. Powstają one podczas wpływania krwi do przedsionka, a więc podczas jego rozkurczu czyli podczas skurczu komory, dlatego słyszymy je jako szmery skurczowe najwyraźniéj w miejscu, gdzie osłuchujemy tęt. płucną, bo anatomicznie tu leży przedsionek lewy, w którym właściwie szmer powstaje, a szmer ten udziela się i ku komorze lewéj, słyszymy więc go i nad końcem serca, jednak naturalnie słabiéj.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał
Wład. Matlakowski,
Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21.)

Podwiązawszy naczynia krwionośne w ranie brzusznéj i otworzywszy otrzewną, wprowadzamy rękę dla zbadania stosunków guza i dokładnego wymacania kreski, *resp.* jéj gruczołów, poczem idzie drugi akt operacyi: wyciągnięcie guza na zewnątrz z jamy brzusznéj. W zebranéj przezemnie kazuistyce zanotowano, iż udało się to w zupełności w 12 przypadkach, lecz prawdopodobnie i w wielu innych, gdzie guz był ruchomy, operator skorzystał z tego naturalnego ułatwienia; wydobycie guza na zewnątrz posiada dla łatwo zrozumiałych względów ogromną doniosłość; z jednéj strony ułatwia manipulacyje, z drugiéj pozwala na operowanie zewnątrz jamy otrzewnéj, która pozostaje osłoniętą. Koenig radzi prowizorycznie zaszyć ranę w ścianie brzusznéj o tyle, żeby wydobyty guz nie mógł się napowrót do jamy wśliznąć; jestto dobry sposób osłonięcia jamy otrzewnéj, lecz utrudnia operowanie na kresce, które należy do najtrudniejszych.

Niewątpliwie najprostszą drogą do bezkrwawego wycięcia choréj części oraz zwyrodnionéj kreski, byłoby wstępne podwiązanie *a. ileocoecalis*, którą łatwo jest wymacać; gdy jednak projekcyja jéj rozgałęzień w większości przypadków większą jest, niż odcinek kiszki, który ma być usunięty, przeto musimy się uciec do podwiązywania jéj gałęzi w ranie, co należy do najzmudniejszych części operacyi. Przytem można postąpić dwojako: albo odcinać kiszkę, *respective* wycinać klin w kresce, tam gdzie tego potrzeba i zaraz natychmiast chwytać w kleszczyki naczynia przecięte w ranie kreski, a następnie je wiązać, tak jak to robimy w każdéj innéj ranie, — albo najprzód porobić obkłucia (*Umstechung*) w kresce, a potem ponad podwiązkami ją przeciąć; pierwszy sposób jest czystszy, drugi pewniejszy, zabezpiecza bowiem od spełzania podwiązek, obrywania się kruchéj tkanki kreskowéj przerosłéj tłuszczem, co jak wiadomo należy do zwykłych rzeczy śród wiązania naczyń w kresce, a nadto zapobiega wszelkiemu rozlewowi krwi. Ten ostatni sposób posiada jeszcze i tę wyższość, że pozwala na samym końcu przeciąć kiszkę, która służy za dobre ujęcie przez cały czas załatwiania się z krezką. Jeżeli wobec gruźliczego zwężenia wystarczającem jest wyłuszczenie powiększonych gruczołów z kreski, to natomiast, o ile tylko jest możliwem i dostępnem, powinno się wycinać cały klin z kreski wraz z powiększonemi w niej gruczołami wobec zwężenia rakowego, tu bowiem, jeśli tylko przecięło się kiszkę w dostatecznéj odległości (na kilka — do kilkunastu cm.) od granicy nowotworu, regenaracyja możliwą jest jedynie z ognisk rakowych w gruczołach i naczyniach chłonnych kreski: najradykalniéj przeto jest całą tkankę wyciąć. Koenig (l. c. S. 916) odradza to, przez wzgląd na uzasadnioną obawę zgorzeli zagrażającéj kiszce, któréj kreska naczynionośna została wycięta; radzi on usunąć z kreski same gruczoły zwyrodnione, tam zaś, gdzie nacieczenie rakowe zajmuje kreskę na znaczniejszéj przestrzeni, lepiéj zdaniem jego zupełnie odstąpić od wycięcia kiszki.

Gdybym śmiał przeciwstawić swoje zdanie poglądowi tak znakomitego chirurga, zauważyłbym, iż jeżeli gruczoły zajęte są sznurkiem jedne za drugiemi, lecz nie na wielkiéj rozciągłości, wtedy wycięcie klina z kreski z uwzględnieniem niepotrzebnego kaleczenia naczyń obok bieżących, a więc prowadząc cięcia na granicach chorego odcinka kreski nie na ślepo prostolinijnie, lecz wymijając kolana i zagięcia grubszych naczyń, nie można pozbawić dopływu krwi znaczniejszego odcinka kiszki, chyba żeby w wierzchołku wycinanego klina zmieniony gruczoł obejmował do około samą *art. ileocoecalis*. W jednym przypadku Bergmann znalazł gruczoły chłonne zwyrodnione na przestrzeni szerszéj niż długość odcinka kiszki, zajętego przez raka, dlatego też po wycięciu téj ostatniej nie wahał się poodcinać z końców jeszcze po 4 cm. tak, że razem część wycięta wyniosła 25 cm., a jednak zdołał dokonać enterorafii z pomyślnym skutkiem. W razach, gdzie nacieczenie rakowe zajmuje wszerz duży odcinek kreski, a wzdłuż sięga aż do korzenia, do kręgosłupa i wyżej, byłoby bezcelową a niebezpieczną rzeczą wycinać taki kawał; natomiast w tych razach można poprzestać na jednem wskazaniu: t. j. wyciąć rakowato zwężoną część, pozostawiając kreskę rakowato zmienioną, gdyż i tak przez wycięcie jéj uratować chorego nie zdołamy. Zresztą czy po wyłuszczeniu gruczołów kreski, czy po wycięciu z niéj klina, a wogóle po podwiązaniu w niéj naczyń, należy baczną zwrócić uwagę na kiszkę, któréj odcinek pozbawiony dopływu krwi widocznie się zmienia, sinieje, a przy nacięciu nie krwawi krwią czerwoną. Na odwrót, jeżeli przy nacięciu kiszki, po uprzedniem wycięciu lub obkłuciu kreski, ściana jéj krwawi, możemy być spokojni, że końce nie obumrą. Wycinanie klina w kresce może odbywać się podobnie jak proste jéj odcięcie od jelita, albo przed powiązaniem, albo najprzód można w kierunku boków klina, macając palcami i określając okiem granicę zwyrodnienia rakowego, obkłuć kreskę, a potem część chorą wyciąć.

Następuje dalszy akt operacyi — przecięcie saméj kiszki. Wylewowi zawartości kiszkowéj zapobiegano w rozmaity sposób: jużto przez ściśnięcie jelita w odpowiednie zaciskadła, jużto przez związanie kiszki cienką rurką kauczukową, przewleczoną przez oczko zrobione na tępo w kresce. Jeżeli się operuje we właściwym czasie, (o czem będzie rzecz niżéj), wtedy zazwyczaj kanał kiszkowy jest porządnie opróżniony, nie ma wielkiéj obawy zalania pola operacyjnego (*resp.* jamy otrzewnéj), a przeto na trzymaniu w palcach asy-

stentów całkowicie można poprzestać, jak to słusznie radzi Koenig. Co najwyżej, dość jest zawiązać jelito biodrowe, gdyż kiszka gruba wstępująca jest zawsze pusta i sklapnięta, lub zawiera kawałeczki spiekłego kału. Jeżeli jednak guza wyciągnąć z jamy brzusznéj nie można, jeżeli są zrosty, jeżeli przez chorobowe skurczenie się niema kreski (*Schrumpfung*) i trzeba wycięcie choréj części rozpocząć od przecięcia kiszki a potem przejść do głębszych części — wtedy należy podwiązać kiszkę. W tym celu najlepszą usługę oddawała mi grubsza nitka jedwabna lub katgut, do przewleczenia którego przez kreskę niepotrzeba dużéj dziury, jak dla rurki kauczukowej; chodzi oto, aby jelito umiarkowanie ścisnąć aby ściany nitką nie przerznąć. Na zarzut, że w ten sposób zgniata się w linii zawiązania ściana kiszki, zaraz odpowiadam, że przed samem zaszyciem kiszki t. j. już po zupełnem usunięciu wszystkiego, co chore, odcinam kawałki obu zawiązanych końców, poza ligaturami, tymczasem zaś podczas szycia ograniczam się do powierzenia jelita palcom asystenta. Podwiązki, czy to jedwabne czy kauczukowe, mają tę wyższość nad zaciskadłami, że nie zajmują miejsca, i nie mogą się ześlizgnąć podczas manipulacyi przy wycinaniu schorzałéj części.

Operacyja w przypadkach wolnych od zrostów jest zmudną lecz nie trudną; trudności rozpoczynają się dopiero, jeśli istnieją powikłania wynikające ze zmienionych stosunków choréj kiszki. Najpoważniejsze między niemi stanowią zrosty z powięzią m. biodrowego, które z jednéj strony przytwierdzając nieruchomo guz do dołu biodrowego, nie pozwalają na wyciągnięcie go z rany, z drugiéj zmuszają do bardzo trudnego preparowania nożem w okolicy, w której przebiegają naczynia biodrowe, oraz moczowód. Na te zrosty zwraca uwagę Billroth w swojem sprawozdaniu na kongresie berlińskiem [1]); w jednym przypadku zmuszony był wyciąć całą powięź biodrową. Podobne tęgie zrosty z powięzią i z wielkiemi naczyniami biodrowemi napotkał Kraussold, a Czerny z powodu nich preparując w zmienionéj tkance przeciął moczowód. W moim drugim przypadku nowotwór był na całéj przestrzeni tęgo i nieruchomo zrośnięty z *f. iliaca*, od której wypadło go odcinać nożem; na szczęście były to zrosty bliznowate, twarde modzelowate, ale bez nacieczeń rakowatych tak, że szczęśliwie udało się usunąć wszystko bez skaleczenia i podwiązania grubych pni biodrowych.

Drugą kategoryją zrostów stanowią zrosty z pętlicami kiszek oraz z innemi trzewami brzusznemi, jak z nerką (Maydl), z wątrobą, z nerką i z dwunastnicą (Czerny) z nerką, wątrobą i pęcherzykiem żółciowym (Czerny). Najczęściéj z guzem zrośnięta bywa kiszka gruba, a mianowicie *colon adscendens* i *transversum* (Riedel, Jones, mój przypadek wtóry), daléj pętlice jelita cienkiego (Durante, Koenig Maydl, Billroth). Zrosty tę są niekiedy tak tęgie i ścisłe, że nie pozostaje nic innego jak wyciąć kawałek zrośnięty z kiszki cienkiéj; Billroth był dwa razy w tem położeniu; obaj chorzy wyzdrowieli; Czerny w czterech przypadkach zmuszony był wykonać podwójną resekcyą kiszki [2]), nie wyszczególnia atoli, czy to było przy operacyi na kiszce ślepéj. W moim drugim przypadku zrost był nadzwyczaj tęgi zapomocą zbitéj twardéj lipochromem przetkanéj tkanki z poprzecznicą, którą jednakowoż udało mi się oddzielić nożem bez wycięcia jéj ściany. U chorego długi czas potem wymacać było można cylindryczne stwardnienie na poprzecznicy, które po roku uległo zanikowi.

[1]) *Revue de Chirurgie* 1890. str. 834. — [2]) *Ueber Magen und Darmresectionen. Dcut. m. Woch.* 1889, Nr. 45.

Jeszcze bardziéj wikła się operacyja, gdy oprócz zrostów istnieją przetoki między chorą kiszką i pętlicami przyrosłemi, jak to było w jednym przypadku Czernego. Najmniejszego znaczenia są zrosty ze siecią, które należą do najzwyklejszych, w traktowaniu jednak swojem nie przedstawiają żadnych trudności. Natomiast nie mało zachodu sprowadzają przetoki kiszkowe skórne (Kraussold, Thiersch), nacieczenia rakowe w ścianie brzusznéj (Billroth) i rozlane zrosty w połączeniu z ropieniem (mój wtóry przypadek); nie dość, że utrudniają w wysokim stopniu zachowanie aseptyki, że przez zmatowanie guza ze ścianą przeszkadzają w szybkim oryjentowaniu się i przeciągają operacyję, lecz nadto w razie zajęcia skóry na znaczniejszéj rozciągłości, stają się powodem niemałéj trudności przy zamknięciu jamy brzusznéj; cienkie, słabo odżywiane, a nadto naciągnięte brzegi skóry w moim przypadku uległy zgorzeli, przedłużając bardzo znacznie gojenie i wpływając w ujemny sposób na leżącą pod niemi zeszytą kiszkę. Najgorsze powikłanie stanowi ślepa przetoka i ropienie za kątnicą, przy którem nieuchronnie następuje zakażenie rany, jak to było w jednym przypadku Czernego.

Wogóle na 29 przypadków wycięcia k. ślepéj, o której udało mi się zebrać bliższe szczegóły, poważne powikłania w rodzaju zrostów z dołem biodrowym, kiszkami, innemi trzewami lub ze ścianą brzuszną, zanotowano w 9 przypadkach.

Kiszka zmieniona wycięta, tkanki zwyrodnione usunięte — pierwsza część operacyi dokonana. Pozostaje obecnie pytanie, co robić z końcami przeciętéj kiszki. Na to pytanie istnieją w literaturze skrajnie rozchodzące się odpowiedzi, wytwarzając różnicę poglądów, zdaniem mojem, dziś przynajmnéj nieuzasadnioną. Rozstrzygnięcie tego pytania posiada pierwszorzędną doniosłości, dlatego zatrzymamy się nad niemi nieco dłużéj, niż nad innemi punktami tematu, Najprostszem i najnaturalniejszem rozwiązaniem jest z e s z y c i e przeciętéj kiszki (enterorhaphia). Zaledwie potrzebuję podnosić oczywiste zalety téj metody, która pozwala na zamknięcie jamy brzusznéj i sprowadza gojenie do kilku tygodni: efekt téj operacyi jest świetny, powrót do sił szybki, a uspokojenie moralne chorego natychmiastowe. W przypadku Bouillyego chory wstał po 15 dniach, w przypadku Suchiera po 17; w przyp. Maydla po 21, w moim pierwszym chory wstał 10 go dnia po operacyi: a wyjechał do domu 20 dnia itd.

Mimo tak świetnego wyniku w oddzielnych przypadkach, wielu poważnych operatorów przemawia za umieszczeniem końców przeciętéj kiszki w ranie brzusznéj, czyli za u t w o r z e n i e m s z t u c z n e j r z y c i (*anus praeternatural.*). Pierwszy Baum [1]), mając do czynienia ze zwężeniem rakowatem kiszki grubéj u człowieka bardzo osłabionego śród objawów *ileus*, nałożył najprzód przetokę kiszkową, a w 38 dni późniéj wyciął rakowaty odcinek, i w ten sposób wskazał najwłaściwszą drogę postępowania w przypadkach, w których do objawów zwężenia przewlekłego przyłączają się objawy ostrego zamknięcia przewodu kiszkowego. Maydl poszedł w tym kierunku nieco daléj, gdyż w jednym przypadku [2])

[1]) *Centralblatt f. Chir.* 1879 str. 169 Nr .11. — [2]) *Ein Beitrag zur Darmchirurgie Wiener med. Presse* 1883 Nr. 13.

zwężenia rakowatego kiszki ślepéj, w którym nie było objawów *ileus*, wyciąwszy rakowatą część, wszył oba końce w ranę brzuszną, a w 63 dni późniéj przez powtórną operacyję połączył szwem światła jelita i wpuścił je do jamy brzusznéj. Uzasadnienie takiego postępowania wyłuszczył obszerniéj w innéj pracy o raku kiszki [1]), oraz w klinicznym odczycie [2]) z którego wyjmujemy pogląd autora: Możliwość miejscowéj recydywy po wycięciu raka kiszki czy to z saméj kiszki, czy z gruczołów kreskowych jest bardzo prawdopobną, a tem samem możliwe jest ponowne zwężenie, narażające chorego na powtórną operacyję, polegającą bądź na nowéj resekcyi i zeszyciu kiszki, bądź też na utworzeniu sztucznéj rzyci; w większości przypadków do konieczności téj przyjść może w ciągu pierwszego roku po pierwszéj operacyi. Otóż ażeby téj ewentualności uniknąć Maydl proponuje „w każdym przypadku“ resekcyi kiszki z powodu nowotworu złośliwego oba końce zeszyte ze sobą przyczepami kreskowemi umieścić w ranie brzusznéj. Chorego z rzycią sztuczną pozostawia się do roku, podczas którego ma się ujawnić recydywa miejscowa, lub uogólnienie. Jeśli do tego nie przyjdzie, i chory cieszy się dobrem zdrowiem, wtedy zależéć będzie od wieku, zajęcia, społecznego stanowiska pacyjenta, czy ma się przystąpić do enterorafii. Jeśli wszelako chory nie przywiązuje osobliwéj wagi do uwolnienia go od kalectwa, chirurgowi nie pozostaje nic innego tylko czekać. Pogląd ten bez zmiany powtórzył Maydl na Zjeździe Międzynarodowym [3]) w Berlinie.

W podobny sposób postąpił w jednym przypadku wycięcia rakowatego odcinka z S. romanum Volkmann [4]), nie wyłuszczył jednakowoż powodu, dla czego tak zrobił, wogóle tylko wspomina, że miejscowe stosunki wydały mu się niesprzyjającemi bezpośredniemu połączeniu i zeszyciu końców jelita. W kapitalnéj pracy, obejmującéj obszerne zestawienie 121 przypadków wycięcia kiszki dla rozmaitych wskazań, w téj liczbie 10 z powodu raka, Reichel [5]) rozebrawszy szczegółowo oba sposoby: wycięcie i natychmiastowe zeszycie, oraz utworzenie sztucznéj rzyci, przychodzi do wniosku przychylnego dla téj ostatniéj. Nie innego zdania jest autor powszechnie znanéj, pięknéj monografii o zaparciu kiszek, Treves [6]), który przedstawiwszy wszystkie trudności resekcyi i szwu kiszkowego przy zamknięciu jelit, konkluduje „iż po wycięciu kiszki powinno się zawsze ustanowić czasową sztuczną rzyć, odkładając zeszycie końców do póżniejszego okresu“.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Przyczynek do przebywania ciał obcych w jelicie.

Podał
Dr. Rosenblatt.

W miesiącu lutym roku zeszłego zgłosiła się do mnie do ambulatoryjum kobieta z dzieckiem 16-to miesięcznem, Stefcią W. z Nowéj Wsi, podając, iż dziecię to, bawiąc się centem miało go połknąć. Krzyk dziecięcia, dławienie i krztuszenie się, wsadzanie paluszka do gęby i wreszcie brak owego centa kazały się matce domyślać, co się wydarzyło. Przybywa o poradę, bo dziecię jest wciąż niespokojnem, pokarmów stałych nie może wcale przełykać, przy płynnych się krztusi i „przy oddechu charczy“. Ponieważ u dziecka nie stwierdziłem nic nieprawidłowego prócz zaczerwienienia przełyku, nie mogącego wszakże wytłomaczyć owego faktycznie istniejącego utrudniania w połykaniu, odesłałem matkę z dzieckiem do jednego z kolegów chirurgów, ażeby zgłębnikiem zbadał połyk. Po tygodniu zgłosiła się matka znów z dziecięciem, opowiadając, iż nie miewa już żadnych przeszkód przy połykaniu, że jednakowoż cent dotychczas ze stolcem nie odszedł, a dziecko od czasu do czasu dostaje bólów, wije się, płacze i wskazuje na brzuszek, że go tu boli. Zaleciłem środek przeczyszczający i odpowiednią dyjetę i kazałem się po paru dniach zgłosić. Jednakże dopiero po kilku dalszych tygodniach zjawiła się matka w ambulatoryjum i podaje, że po przeczyszczeniu dziecko się uspokoiło, jadło i trawiło należycie, było wesołem, teraz zaś cierpi na zaparcie stolca, brzuszek mu się wzdyma i dostaje kolek. Nie widziała, ażeby cent był kiedykolwiek ze stolcem odszedł i przypuszcza, że może też i centa wtedy nie połknęło, że się gdzieś zapodział, a że może dziecko jest tylko „uchynięte“. Badanie i tym razem prócz wzdęcia brzuszka, stłumienia odgłosu wypukowego i miernéj bolesności za uciskiem w okolicy biodrowéj prawéj nic innego nie wykazało; język czysty, nie obłożony. Zaleciłem tym razem kalomel i przestrzeganie ściślejszéj dyjety. Z początkiem lipca, a zatem po przeszło trzech miesiącach, zjawia się znów matka z dzieckiem i ze stereotypową przemową: „Proszę pana, bo to to dziecko, co połknęło centa“. Zaparcie stolca utrzymuje się ciągle, nadto wymiotuje teraz dziecię bez wiadoméj przyczyny treść zielono-żółtą i dostaje napadów gwałtownego bólu brzucha, którego dotknąć się nie pozwala. Bywają jednak i dni całe, w których jest wesołem i spokojnem. Przypuszczając, iż powodem owych zaburzeń w przewodzie pokarmowym nie jest nic innego, jak nieodpowiednie odżywianie dziecka, a po części i uporczywe zaparcie stolca, tem więcéj, iż dziecię okazywało zboczenie krzywicze, nakazałem przedewszystkiem surowo przestrzegać poleconéj dyjety, poleciłem stosować systematyczne wlewanie wody do jelit sposobem Hegara, rozcierać brzuszek w sposób, jaki matce pokazałem, a na razie przepisałem znów proszki kalomelowe i okłady wysychające.

Pacyjentkę widziałem znów dopiero po powrocie moim z wycieczki wakacyjnéj, to jest w miesiącu wrześniu. 28-go września przywiozła ją matka do ambulatoryjum gorączkującą, z tętnem nikłem a nadzwyczaj przyspieszonem, zapadłemi oczami, cierpiącym wyrazem twarzy, znaczną bębnicą brzucha, przeczulicą i opowiada, iż podczas nieobecności mojéj dostawało dziecię coraz częściéj napadów kolki, że stolec następował tylko za użyciem środków przeczyszczających lub lewatyw, że wymioty pojawiały się częściéj i że z tego powodu szukała dla dziecięcia pomocy w szpitalu św. Ludwika, gdzie jednakowoż opowiadanie jéj o rzekomo połkniętym cencie przyjęto z wielkiem niedowierzaniem i rozpoznano tylko zepsucie żołądka. Stan dziecięcia zamiast się poprawić, wciąż się pogarszał, od czasu do czasu przystępowała gorączka kilka godzin lub czasem i dni trwająca, wymioty nie ustawały a stolce już nawet i za pomocą środków przeczyszczających bardzo trudno i tylko co kilka dni odchodzące przybrały stale barwę czarną. Dopiero w ostatnich dniach ustały wymioty, a pojawiły się stolce zielone i flegmiste. Po kilku dniach, wśród których dziecię zachowywało się spokojnie a miało się względnie dobrze, poczęło nagle 26-go września rano wymiotować, wnet wystąpiła gorączka i czkawka, które cały dzień trwały, a w nocy dostało dziecię drgawek ogólnych. Drgawki trwać miały dwie godziny, potem w ciągu nocy i następnego rana powtórzyły się jeszcze kilka razy, lecz trwały za każdym razem już tylko krótko. Od tego czasu więcéj drgawek nie miało, oprzytomniało, lecz jęczy, gorączkuje i dotknąć się nie pozwala. Badanie i tym razem nic wykazało nic nieprawidłowego w narządach klatki piersio-

[1]) *Ueber den Darmkrebs*, Wien 1883 str. 88. — [2]) *Ueber den gegenwärtigen Stand der Darmchirugie. Klinische Zeit- und Streitfragen* 1888. 10 *Heft* str. 374. — [3]) *Revue de Chirurgie*, 1890 str. 836. — [4]) *Centralb. f. Chir.* 1883 str. 153. — [5]) *Deutsche Zeitschrift f. Chirur.* 1883. — [6]) *Intestinal Obstrution and its treatment*, 1888, str. 490, str. 492.

wéj, o ile zaś brzuszek można było zbadać, stwierdziłem dość rozległe stłumienie odgłosu wypukowego ponad dolną częścią brzucha, a najwięcéj nad zatoką biodrową prawą. Oświadczywszy matce, iż stan dziecka uważam za bardzo groźny, zaleciłem okłady zimne na brzuszek, spokój bezwzględny, podawanie środków podniecających, przepisałem proszki Dowera i poleciłem, w razie gdyby stolca nie było a brzuszek więcéj się wzdymał, raz jeden a ostrożnie zaaplikować lewatywę sposobem Hegara.

30-go września przybywa matka bez dziecięcia i przynosi centa prawie całkiem czarnego, z wyjątkiem jednéj części krawędzi mającéj połysk metaliczny, o rysunku zupełnie zatartym a powierzchni chropowatéj, wskutek grubego czarnego osadu, jako *corpus delicti*, które po zastosowaniu lewatywy u dziecięcia z łatwością zostało wydzielone. Dziecka nie przyniosła, ponieważ stan jego jest taki sam jak 28-go. Nie wymiotuje wprawdzie lecz gorączkuje, ma wielkie pragnienie, jęczy, brzuch daléj wzdęty a bolesność może jeszcze większa niż była. Gdy nazajutrz matka więcéj się nie zgłosiła, choć poleciłem jéj, ażeby mnie o dalszym stanie dziecka poinformowała, zaciekawiony przypadkiem pisałem jeszcze do niéj, lecz czy to dlatego, że bliższego adresu nie byłem w stanie podać, czy też dlatego, że może dziecię już zmarło, więcéj kobiety téj nie widziałem i o losach dziecka niczego więcéj dowiedzieć się nie mogłem.

Bądź co bądź, pewnym jest fakt, iż cent połknięty przez dziecko przebywał prawie $7^1/_2$ miesięcy w przewodzie pokarmowym. Tak długo trwała obecność ciała obcego w jelicie, a tem więcéj ciała okrągłego o brzegach gładkich, jakiem jest cent, przytrafia się dość rzadko; przypadek ten posłużyć może za dowód, że miedź metaliczna pozostawać może bardzo długi czas w narządzie pokarmowym, nie wywołując objawów zatrucia, boć objawy przez nas zauważone żadną miarą nie zależały od własności chemicznych centa, lecz tylko od własności mechanicznych. Obecność jego tylko wtedy dała się we znaki, gdy cent uwięznął w którem z ciasnych miejsc przewodu pokarmowego i mechanicznie ściany drażnił, lub też gdy stał na zawadzie swobodnemu posuwaniu się zawartości jelita. I tak uspokoiło się dziecię, gdy cent zepchnięty został z połyku do żołądka, wystąpiły objawy ponownie, gdy z żołądka przedostawał się do dwunastnicy, poczem nastąpił okres spokoju, aż cent znów osiadł w jelicie ślepem i dłuższym swoim uciskiem dał powód do powstania zapalenia na razie ograniczonego *perityphlitis*, a w dalszéj części zapalenia ogólnego otrzewny *peritonitis*.

V. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Prof. W. Jaworski: **Kilka słów o zachowaniu się objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim.**

Materyjał, którym autor rozporządzał, obejmuje 44 przypadki chorych z objawami dyspeptycznemi z lecznicy Dra Turbana w Davos (1576 m nad poziom morza), dotkniętych nadto po większéj części gruźlicą płuc; niektórzy chorzy okazywali nadto mniejsze lub większe objawy hysteryi, hypochondryi lub neurastenii. Zdawaćby się mogło, że nad miarę obfita dyjeta używana w lecznicy nie może w takich razach działać korzystnie, a jednak na 44 chorych u 30 po niezbyt długim czasie objawy dyspepsyi ustąpiły zupełnie, u 9 znacznie zmalały, u 5 tylko nie uległy zmianie. U wszystkich, z wyjątkiem jednego chorego, notowano przybytek ciężaru ciała od 1 do 15·5 klg. dochodzący.

Zastanawiając się nad działającemi czynnikami, przychodzi autor do wniosku, że wpływ ten korzystny przypisać należy przedewszystkiem pobudzeniu nerwowemu, przyspieszeniu akcyi serca i zwiększeniu liczby oddechów, a zwłaszcza zwiększonemu wydzielaniu wody i żywszéj przemianie materyi, wywołanéj górskiem powietrzem, o znacznie niż szem ciśnieniu, aniżeli je wykazuje powietrze nizin, zkąd po największéj części chorzy przybywają. Idące zaś w parze z temi zmianami lepsze odżywienie tkanin udziela się i narządowi trawienia: błona mięsna żołądka działa energiczniéj i skuteczniéj, wydala treść pokarmową, a czynność gruczołów trawieńcowych wraca do prawidłowego stanu. Odpierając możebny zarzut, że większa część chorych była równocześnie dotknięta gruźlicą płuc, i że znikanie a względnie zmniejszanie się objawów niestrawności zależało od poprawy w zakresie narządu oddechowego, zaznacza autor, że liczne badania narządu trawienia u osób chorych na gruźlicę nie upoważniają do czynienia wniosków co do związku objawów dyspeptycznych z gruźlicą i że zupełnie na równi traktować je należy z zaburzeniami trawienia istniejącemi u osób wolnych od jakichkolwiek innych chorób.

Cała rozprawa zwięźle i treściwie napisana stanowi cenny przyczynek do leczenia klimatycznego zboczeń w trawieniu, tembardziéj, że dotychczas nie posiadamy w literaturze naszéj pracy o wpływie klimatycznego leczenia na choroby narządu trawienia. (*Gazeta Lek*, Nr. 19. 1892).

Dr. L. Korczyński.

Choroby skórne i weneryczne.

Schiff (Wiedeń): **Choroby uwłosienia głowy.**

Schiff zwraca uwagę, że choroby skórne zajmujące uwłosienie głowy, nawet identyczne z chorobami skóry nie pokrytéj włosami, tu przedstawiają odmienny obraz. Mniéj lub więcéj wszystkie choroby skórne mogą zajmować tę część głowy. Autor wylicza wszystkie grupy chorób. opisuje ich wejrzenie na czaszce, a zaczyna opis od chorób zakaźnych, ostrych.

W róży skóra czaszki jest obrzmiałą, włosy wypadają z powodu surowiczego przesiąknięcia torebek włosowych. Leczenie: okłady sublimatowe (1 : 1000). Gruźlica występuje w postaci owrzodzeń, pokrytych granulacyjami tu i owdzie serowato nacieklemi Brzegi wrzodów podminowane i zębate. Ze zmian kiłowych zasługuje przedewszystkiem na uwagę *roseola syphilitica*. Sprowadza ona najczęściéj łysinę i zamienić się może na guziczkową i pęcherzykową. Kilaki przybierają i na skórze głowy postać okrągło nerkowatą i rozszerzają się w kształcie girland. *Erythema* przebiega zupełnie w ten sam sposób, jak na nie porośniętéj skórze. Wyprysk występuje również ostro lub przewlekle. Najpierw występuje zaczerwienienie, następnie wytwarzają się guziczki i pęcherzyki, które pękają wydzielając surowicę. Porządek ten objawów najlepiéj obserwować można u dzieci. Leczenie: odmoknięcie strupów najlepiej oliwą, ogolenie, następnie zmywanie mydłem Hebry. Po osuszeniu pędzlowanie dziegciem. *Acne rosacea*, jakoteż *lupus*, jeżeli się usadowią na głowie, najlepiéj leczyć łyżeczką ostrą, lub termokauterem. *Ichtyosis* występuje zawsze w postaci rozlanéj na całem ciele. *Seborrhoe* objawia się w postaci nadmiernéj produkcyi łoju gruczołowego sprowadzając swędzenie i wyprysk. Leczenie polega na namydlaniu głowy. *Alopecia senilis* i *praesenilis* ma za podstawę trofoneurozę, *alopecia pityrodes* bywa następstwem łuszczenia się przyskórka, skutkiem czego zmieniają się stosunki odżywcze w warstwach górnych skóry. *Vitiligo* może być wrodzone, lub też może mieć przyczynę nerwową Wśród chorób uwłosienia głowy nie ma ani jednéj, któraby i na innych częściach skóry nie występowała; Wyjątek z tego stanowią tylko dwa cierpienia samychże włosów: *Trichorrhexis nodosa* i *Scissura pilorum*, cierpienia polegające na rozwoju właściwych pasorzytów roślinnych. Na końcu wspomina autor, że *pediculi capitis* u ludzi stanowią zupełnie odrębny, u zwierząt dotychczas nie znaleziony gatunek. (*Wr. med. Wschrft.* Nr. 4. 1892).

W. Jamieson: **Antymon w leczeniu chorób skórnych.**

Antymon działa, podobnie jak pilokarpina, pobudzająco na gruczoły potne, podnosi odżywienie skóry i wpływa korzystnie na wzrost podściółki tłuszczowéj. Przekrwienia znosi, przyspiesza wessanie wypociny, i wzmacnia warstwę przyskórkową. J. podawał antymon w przypadkach *dermatitis exfoliativa*, *bullosa* i w wypryskach ostrych. Zastępuje antymonem arszenik w przypadkach, w których ostatni chorzy

ile znoszą i opisuje przypadek *lichen ruber*, który dopiero przez podawanie antymonu zdołał wyleczyć. (*Mh. f. D.* Nr. 12, 1891.) *Dr. Mendelsburg.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 27 kwietnia 1892.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 43.
Jako gość obecny: kol. Dr. Zaremba z Poznańskiego.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Obaliński uzupełniając demonstracyję nowotworu, przedstawionego na jednem z poprzednich posiedzeń, podaje iż usunął nowotwór drogą operacyjną, przyczem nadmienia, iż chory ma się dobrze; odnośne preparaty drobnowidowe okaże wspólnie z kol. Browiczem na najbliższem posiedzeniu.

3) Kol. Gluziński wygłosił drugą część swego odczytu o błednicy. Rzecz ta jest ogłoszona w „Przeglądzie Lekarskim".

W dyskusyi zabiera głos kol. Korczyński i stwierdza, że zapatrywania prelegenta, iż błednica jest oligochromemią, odpowiada dzisiejszemu stanowisku nauki, jakkolwiek nie wszyscy się na to zgadzają. Obok 3 objawów stałych ze strony krwi, t. j. oligochromemii, oligocythemii i hydremii, spotykamy się w ciężkich postaciach błednicy z innemi, jak: zbyt mała alkalescencyja krwi, leukocytemia, poikilocitosis; są i takie formy ciężkiéj błednicy, gdzie niema anemii, a dodać tu należy spostrzegane przez Browicza ciałka ruszające się, daléj dziurkowate ciałka Hayema o postaciach wakuolowych z ruchami ameboidalnemi nie barwiące się eozyną, wreszcie przypadki ciężkiéj błednicy z ciałkami czerwonemi jądrzastemi — słowem spotykamy się z wielką liczbą postaci klinicznie podobnych ale anatomicznie różnych. Co do podziału wprowadzonego przez prelegenta, zaznacza mówca, iż dążność ta grupowania objawów klinicznych w pewne typy jest bardzo praktyczną szczególnie ze względów dydaktycznych, a trzymają się tego autorowie francuscy. W błednicy odróżnia Jaccoud jeszcze więcéj typów; mówca dodałby ich również kilka, opierając się na tem, że błednica występuje niejednokrotnie jako objaw innego cierpienia, np. w następstwie zbyt obfitéj miesiączki, lub podstawą błednicy jest histeryja lub wreszcie przyczyna błednicy leży w wadliwem trawieniu; w tych też przypadkach i leczenie musi być odmienne — podawanie żelaza n. p. nie daje żadnych wyników w histeryi, złem trawieniu itp. — radzi więc w etyjologii błednicy uwzględnić, że z wyjątkiem typu sercowego błednica może być wynikiem innego cierpienia. Mówca radziłby nadto oddzielić błednicę dobrotliwą od złośliwéj, występują tu bowiem różnice pod względem objawów anatomicznych i klinicznych, jak podwyższona ciepłota, obrzęki gruczołów limfatycznych i śledziony, w któréj formie najlepiéj działa arsen. Błednicę nabytą i wrodzoną należy w tem znaczeniu pojmować, że w téj ostatniéj są w ustroju warunki do powstania błednicy. Co do leczenia poleca przedewszystkiem uwzględniać indywidualność w wyborze środków leczniczych, nie jest też przeciwnikiem forsownego żywienia, które kol. Prelegent w wielu przypadkach potępia.

Kol. Gluziński zaznacza w odpowiedzi, iż na pomnożenie liczby typów nie może się zgodzić, ponieważ wszelkie inne dają się tu podciągnąć, a miał na myśli przypadki jedynie czystéj błednicy, która występuje samoistnie, nie jako objaw. Zastrzega się co do poglądów na forsowne żywienie, tłómacząc, iż potępia tylko nadużywanie tegoż, zwłaszcza w przypadkach błednicy z towarzyszącemi objawami dyspeptycznemi.

4) Kol. Trzebicky okazał preparat pochodzący od mężczyzny lat około 60 liczącego, cierpiącego już od lat kilkunastu na przepuklinę udową lewą wolną. Objawy niedrożności pochodzące od inkarceracyi przepukliny trwały 3 dni. Badanie wykazało przepuklinę udową wielkości jaja kurzego uwięzniętą. Przy herniotomii wykonanéj w sposób typowy bez wszelkich powikłań skonstatowano po dokonaniu przecięcia pierścienia uciskającego, że kawał ściany pętli, odpowiadający swą wielkością rozmiarom półcenta w miejscu inkarceracyi, był podejrzany o zgorzel. Gdy reszta kiszki była zupełnie zdrową, wpuklono miejsce podejrzane ku światłu kiszki i zespojono ściany jelita w 2 fałdy poprzeczne ponad niem. Repozycyja jelita udała się nader łatwo a palec wprowadzony do kanału udowego końcem swym mógł się swobodnie poruszać wśród jamy dużéj, jelita zawierającéj. Po operacyi wymioty ustąpiły zupełnie, wiatry od czasu do czasu odchodziły, a pacyjent podmiotowo czuł się wcale dobrze. Po upływie 24 godzin po operacyi nastąpiło zatrzymanie wiatrów i stolca wśród zupełnéj euforyi pacyjenta. Gdy jednakże z końcem 2-giéj doby wśród utrzymujących się objawów niedrożności, mimo podania środków przeczyszczających, pojawiło się wzdęcie brzucha, a na powłokach od czasu do czasu poczęły się zarysowywać silne ruchy perystaltyczne, wykonano laparotomię w linii białéj. Przyczyną niedrożności było przyrośnięcie pętli w miejscu szwu jelitowego do ścian jamy popod otrzewną w sąsiedztwie kanału udowego i następowe kątowate zagięcie jelita. Repozycyja, jak teraz można się było przekonać, nie odbyła się była do jamy brzusznéj, lecz tylko do jamy pod otrzewną się znajdującéj. Po oswobodzeniu jelita wprowadzono je do jamy brzusznéj i zespojono jamę laparotomijną. Objawy niedrożności ustąpiły zupełnie; pacyjent jednak wśród wzmagających się objawów zapalenia otrzewny, już pośród laparotomii skonstatowanych, w niespełna 24 godzin życie zakończył. Sekcyja wykazała obecność jamy wielkości przeszło pięści dorosłego mężczyzny pod otrzewną, komunikującéj z kanałem udowym. Co do chwili powstania téj jamy trudno stanowcze powziąć zdanie, to jednak pewna, że wobec nader prostych i łatwych stosunków przy herniotomii niepodobna przypuszczać, aby jama ta została sztucznie podczas herniotomii stworzoną.

Prelegent na podstawie dopiero co opisanego przypadku i licznych obserwacyj dawniejszych uważa dotychczasowy sposób wykonania herniotomii, a zwłaszcza tak zw. *debridement* „po omacku" za nieodpowiedni. Jedynie tylko w przypadkach przepuklin świeżych i od krótkiego czasu dopiero uwięźniętych metody téj będzie używał, we wszystkich innych przypadkach lepiéj usłuchać rady Mikulicza i operować drogą otwartą i jasną za pomocą laparotomii i przecięcia pierścienia inkarcerującego od strony jamy brzusznéj.

W dyskusyi zaznacza kol. Obaliński to, co zresztą już dawniéj niejednokrotnie podnosił, iż stary sposób leczenia operacyjnego przepuklin pachwinowych należy porzucić a zastąpić go laparotomiją. Przypadek kol. Trzebickiego utwierdził go w tem mniemaniu, bo to co prelegentowi się przydarzyło w opisanym przez niego przypadku, zdarza się w udowych przepuklinach wprawdzie rzadko, ale w pachwinowych bardzo często. Mówca ma już około 60 przypadków przepuklin operowanych sposobem Bassiniego z wynikiem zadowalającym.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Jan Opieński.*

VII. II. Zjazd lekarzy powiatowych we Lwowie.

Podał

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
c. k. lekarz powiatowy we Lwowie.

Podczas ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie wyłoniła się myśl szczęśliwa i natychmiast w czyn zamieniona, aby i lekarze powiatowi w swem gronie roztrząsali kwestyje dotyczące swego zawodu, oraz przynajmniéj raz do roku zastanowili się nad bieżącemi sprawami sanitarnemi, obchodzącemi nietylko ogół lekarzy, ale dotykającemi żywotnych interesów całego kraju.

Wówczas też uchwalono jednogłośnie trzy rezolucyje, a mianowicie: 1) że zjazdy lekarzy powiatowych mają się odbywać corocznie; 2) że rzeczą jest koniecznie pożądaną, aby celem dostarczania krowianki niezawodnéj dla lekarzy szczepiących, urządzono zakład krowiankowy krajowy lub państwowy, i aby już obecnie wykonywano ścisłą kontrolę nad zakładami krowiankowemi i 3) aby rząd postarał się o urządzenie kursów naukowych dla lekarzy powiatowych,

któreby ich obznajamiały z postępami hygijeny i najnowszemi zdobyczami na polu bakteryjologii i policyi sanitarnéj.

Przygotowania do drugiego Zjazdu poruczono protomedykowi Dr. Merunowiczowi, jako przewodniczącemu, i Dr. Obtułowiczowi, jako sekretarzowi zjazdu.

W porozumieniu z radzcą Dr. Casiną i kol. Dr. Barzyckim ułożono cały szereg tematów przeznaczonych do dyskusyi na dzień 30 kwietnia r. b., zaproszono wszystkich lekarzy powiatowych z kraju całego, oraz zaproszono członków krajowéj Rady zdrowia, fizyków miast stołecznych, tudzież lekarzy interesujących się sanitarnemi sprawami kraju naszego.

Zjazd sam wypadł nadspodziewanie świetnie, a grono lekarskie było tak liczne, że dość wielka sala Towarzystwa lekarskiego we Lwowie okazała się za szczupłą, aby mogła pomieścić wygodnie przedstawicieli zebranych ze wszystkich zakątków naszego rozległego kraju.

Uczonemu zastępowi dodawały blasku imiona lekarzy znane jużto w świecie naukowym lekarskim, jużto znów zaszczytnie zapisane na szerszéj arenie publicznéj działalności, a obecność JE. pana Namiestnika przez pierwszą połowę posiedzenia i żywe zainteresowanie się tego dostojnika rozprawami mającemi dobro kraju na celu, podniosła bardzo uroczysty nastrój zgromadzenia, oraz dodała wagi wyczerpującym dyskusyjom nad referatami pierwszorzędnéj wagi.

Na przewodniczącego posiedzenia powołano przez aklamacyję protomedyka Dra Merunowicza, na jego zastępcę radzcę Dra Cassinę, na sekretarza Dra Obtułowicza.

Po odczytaniu rezolucyj powyżéj wzmiankowanych, a uchwalonych na pierwszym zjeździe w roku ubiegłym, oraz po uchwaleniu regulaminu obrad, odczytał przewodniczący Dr. Merunowicz list Dra Jordana, w którym zasłużony redaktor „przewodnika hygijenicznego“ uprasza o popieranie celów towarzystwa hygijenicznego i organu tegoż w Krakowie, a to przez przystępowanie do grona członków tegoż towarzystwa tudzież przez jednanie jak największéj liczby członków czynnych; następnie w imieniu Dra Jordana uprasza również o dalsze rozpowszechnianie znanéj z praktyczności, cennéj broszury prof. Dra Jakubowskiego „o pielęgnowaniu niemowląt“. Nadto przewodniczący uprasza zgromadzonych lekarzy, aby zachęcali aptekarzy w swych powiatach do prenumeraty dzieła wydawanego przez magistra farmacyi Wilhelma Zajączkowskiego: a) komentarz do 7-go wydania farmakopei austryjackiéj, b) Lexicon synonimorum pharmaceuticorum.

Obrady rozpoczął Dr. Cassina od odczytania swego wyczerpującego sprawozdania o szczepieniu ochronnem za pomocą krowianki, o jakości krowianki dostarczanej przez 4 zakłady krowiankowe dotąd w kraju istniejące, o przykrych zawodach na jakie są narażeni lekarze przeprowadzający szczepienie, zwłaszcza zaś dokonywający szczepienia z konieczności w czasie przykréj pory zimowéj od chaty do chaty, jeżeli krowianka nie jest należycie wypróbowaną i zawodzi w spodziewanych skutkach, — a referat zakończył rezolucyjami wykazującemi potrzebę: 1) zaprowadzenia przymusu pod względem szczepienia, oraz 2) utworzenia zakładu krowiankowego państwowego, któryby lekarzom dostarczał wypróbowanéj, niezawodnéj krowianki, wytwarzającéj najpewniejszą ochronę przed ospą rodzimą.

Rezolucyje te uchwalono przeważną większością głosów po przeprowadzeniu nader wyczerpującéj dyskusyi, w któréj zabierali głos liczni lekarze powiatowi, tudzież obecni właściciele zakładów krowiankowych. Dr. Obtułowicz na podstawie szczepienia z konieczności, przeprowadzonego téj zimy w Sokolnikach powiatu lwowskiego, dowodzi, że wyborna krowianka jest najdzielniejszym środkiem do szybkiego stłumienia epidemij ospowych, a taką była krowianka z zakładu Dra Riegera i Kretowicza, która zebrana z końcem września 1891 jeszcze w kwietniu 1892 wykazywała 100% wyników pomyślnych, oraz domaga się, aby przynajmniéj 2 ranki powierzchowne robiono za pomocą lancetu na ramieniu każdego dziecka, a jeżeli jedna krosta tylko się przyjmie, zaraz z téj krosty szczepiono w drugiem miejscu, jak to regulamin pruski nakazuje, — tudzież aby lekarze powiatowi nietylko przy sposobności, ale i umyślnie dojeżdżali celem kontroli, do okręgów przydzielonych do szczepienia innym lekarzom, zwłaszcza jeżeli rezultaty szczepienia w tych okręgach nie są zbyt świetnemi; a w końcu gorąco popiera sprawę utworzenia zakładu krowiankowego państwowego, za czem przemawiają również Drowie Werner, Rosner, Marynowski, Gładyszowski, Rosenbusch, Barzycki, Tarnawski i i.

Dr. Tarnawski przemawia za utworzeniem takiegoż zakładu w okolicach podgórskich, gdzie bydło jest zdrowe i wolne od grużlicy; Dr. Barzycki wykazuje trudności w obdarzaniu świadectwami szczepionych dzieci włościańskich, gdyż świadectwa te zazwyczaj po latach ulegają zniszczeniu i t. d.

W końcu Dr. Cassina wykazuje konieczną potrzebę zaprowadzenia zmiany w przyznawaniu wynagrodzenia lekarzom za szczepienie dokonywane z konieczności, bo nie jest to rzeczą obojętną, czy się chodzi od chaty do chaty, czy też ma się dzieci w jednym lokalu zgromadzone i bez straty czasu, oraz bez nader żmudnéj i męczącéj pracy, potrafi się przeprowadzać wygodnie szczepienie.

Oczywiście i tę rezolucyję uchwalono jednogłośnie.

(Dokończenie nastąpi).

Listy z Paryża.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20.)

II.

Paryż d. 13/IV. 1892.

Dzięki głównie uprzejmości Dra Soqueta, który jest zarazem „Médecin Expert prés le Tribunal premiere instance de la Seine“ mogę przesłać opis „Morgue“, która przedstawia wiele ciekawych szczegółów. „Morgue“ sięga początku 17. stulecia i wtedy znajdowała się w podziemiach zamku „Chatellet.“ W r. 1864 zbudowano tę, któréj krótki opis chcę przesłać.

Prosty ten parterowy, podłużny budynek położony nad samym brzegiem Sekwany, znajduje się w pobliży kościoła „Notre-Dame.“ Część jego środkową zajmuje „exposition.“ Po przejściu przez jednę z wielkich 3 bram doń prowadzących, znajdujemy się w obszernym przedsionku. Nad drzwiami po lewéj stronie czytamy „Greffe“ (bióro Morgue), po prawéj napis „Surveillants.“ Na ścianach przedsionka umieszczono 4. napisy: Préfecture de Police. Avis au Public. La public est invité a faire au bureau du Greffe à la Morgue la déclaration du nom des individus qu'il pourrait reconnaitre. Cette declaration n'entraine aucun frais de la part des étrangers, des amis ou de la famille même de défunt. Elle est tout gratuite. W poprzek przedsionka znajduje się ściana z desek, na któréj umieszczono fotografije ofiar już pochowanych, a nie rozpoznanych, jak równie różne piśmienne objaśnienia. Ściana ta zarazem zasłania wystawione zwłoki (od widoku na zewnątrz). Tylna ściana przedsionka cała szklana oddziela takowy od właściwéj „salle d'exposition.“ W niéj znajduje się 12 stołów, służących do wystawienia zwłok. Na tylnéj części stołu znajduje się rodzaj podniesienia celem umieszczenia w ten sposób głowy trupa, by była dobrze widzialną dla licznie tu napływającéj publiczności. Zwłoki leżą w ubraniach, w jakich je znaleziono, przedmioty więcéj uderzające, jak krawatki, zegarki i t. p. spoczywają na zwłokach. Obok zwłok na wieszadłach widać ubrania ofiar już pochowanych, nierozpoznanych. Często przy pomocy tych ubrań odbywają się zeznania i rozpoznania w „Greffe“. Do „salle d'exposition“ od tyłu z oknami na Sekwanę przytyka sala zmarłych, w któréj składane bywają w pierwszéj chwili przywiezione zwłoki i stąd w miarę, czy ofiara jest znaną lub nie, przeniesione do sali sekcyj lub do „salle d'exposition.“ Naturalnie zwłoki, których rozkład postąpił tak daleko, że o rozpoznaniu mowy być nie może, nie bywają równie wystawione. Sala sekcyj sądowo lekarskich jest zarazem salą wykładową (wykłady praktyczne). Nie większa

jak nasza, z urządzeniem amfiteatralnem, nie przedstawia nic osobliwego. Prof Brouardel miewa tu wykład tylko raz na tydzień. (Wykłady teoretyczne odbywają się w innem zabudowaniu). Dla uzupełnienia opisu ubikacyj dodać wypada, że znajduje się w „Morgue“ mały pokoik dla zdjęć fotograficznych. Po lewéj ręce bocznego wejścia prowadzącego do sali autopsyj natrafiamy na „salle des magistrats“. W pięknym tym zielonym salonie, jeden szczegół: oto u spodu krzeseł imiona głośnych morderców; czytałem „Troppmann, Prevost, Moyaux, zwyczaj pielęgnowany przez garsonów „Morgue.“ Po bokach „Morgue“ 2 bramy dla transportu zwłok. Morgue przyjmuje zwłoki z Paryża i miejscowości sąsiednich, należących pod nadzór „prefecture de police.“ Protokóły zeznawcze odbywają się w „Greffe“, w skład którego wchodzą: médecin-inspecteur (prof. Brouardel), dwaj „médecin sous inspecteur,“ „greffier“ (pisarz sądowy) i „commis-greffier“. Zeznania odbywają się przy pomocy bądź samych zwłok, fotografij, ubiorów, lub szczegółowych opisów. W „salle d'exposition“ utrzymywaną jest stała ciepłota, mniéj lub więcéj kolo 0°. Aparaty oziębiające skonstruowane zostały według projektu Mignona i Rouarta i to dopiero od może 10 lat. Koszta, jakie pociąga za sobą utrzymanie téj ciepłoty, wynoszą około 20 fr. dziennie. Jak długo zwłoki bywają wystawione, nie umiem podać, widziałem zwłoki wystawione przez 2 tygodnie. Inhumacyja nie może się odbyć jak tylko za zezwoleniem prefektury policyi. Co do materyjału „Morgue“ to składa on się przedewszystkiem ze zwłok, wydobytych ze Sekwany, nagle zmarłych, dzieciobójstw i t. p. Zwłoki notorycznych samobójców w całéj Francyi nie podlegają sekcyi sądowo-lekarskiéj. Materyjał jest duży np. w r. 1882 przyjęła „Morgue“ około 1500 zwłok, od tego czasu wzrósł on niezawodnie znacznie. O ile mnie Dr. Soquet objaśnial, istnieje plan dla nowéj „Morgue“ tego rodzaju, że właściwą „Morgue“ będzie stanowić sama „salle d'exposition“. Reszta ubikacyj a więc: sala sekcyj. laboratoryjum chemiczne, dla badań mikroskopowych i t. d., ma być umieszczona w budynku osobnym medycyny sądowéj. Tak odosobniona „Morgue“ ma być połączona za pomocą kanału z instytutem medycyny sądowéj, dla transportu zwłok i oszczędzenia publiczności niemiłego widoku ich przewozu.

(C. d. n.) *Dr. Borzęcki.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 maja. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

W artykule swoim, obecnie drukującym się w „Przeglądzie Lek.“, pomieściłem w spostrzeżeniu I-em, dotyczącem p. Ł. fabrykanta z Częstochowy, anamnezę, według tego jak mi ją chory opowiedział; tymczasem od p. Dra Bulikowskiego z Gleichenberga dowiedziałem się kilku szczegółów, które o tyle zmieniają podany opis, że rozpoznanie raka uczynione było na podstawie bliższéj obserwacyi już w jesieni 1888 r., przez Dra Bulikowskiego, który nalegał najusilniéj, żeby chory już wówczas poddał się operacyi. Tymczasem, jak to bywa często, chory czując poprawę, a nieznajdując potwierdzenia djagnozy w zdaniu innych lekarzy, których radził się w Wiedniu, wolał pojechać do domu, odwlekając to, co oddawna było koniecznem. Racz Sz. Panie Redaktorze pomieścić to uzupełnienie itd.

21/V 1892. *Matlakowski.*

* Jak donosi *Berl. klin. Woch.*, rodak nasz Dr. Heryng nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry w Wydziale lek. w Insbruku.

* Właściciel i kierownik zakładu leczniczego w Vöslau-Gainfahrn koło Wiednia Dr. S. Friedmann prosi nas o zakomunikowanie, że przyjął drugiego kierownika, syna swego Dra Teodora Friedmanna.

* W tygodniu 19-tym (od 8—14 maja) było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 77, skonów 57, z tych z zapalenia płuc 13, z gruźlicy 8, z nieżytu żołądka i jelit 7, z dławca i błonicy 4.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Potwierdzeni zostali przez Ministerstwo. Dr. Stefan Bernheimer jako docent okulistyki we Wiedniu, a w Budapeszcie jako docent chirurgii Dr. Haberern, jako docenci ginekologii Drowie Dirner, Várśony, wreszcie jako docent dentystyki Dr. Rothmann.

* **Odznaczenia.** Prof. Thiersch w Lipsku przy sposobności jubileuszu swego 70-letniego otrzymał order zasługi św. Michała 1-éj kl. i mianowany został tajnym radzcą. Rodak nasz Dr. Zakrzewski w Alepie otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. Lekarz sztabowy 1-éj kl. Dr. Wilhelm Tonner w Przemyślu przechodząc w stan spoczynku otrzymał order Korony żelaznéj 3-éj kl.

* **Zmarli:** w Warszawie profesor zoologii i anatomii porównawczéj August Wrześniowski, w Moranie Dr. Maksym. Leśnik z Suwałk, licząc lat 34. (*Gaz. Lek.*)

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 17: Higiera: Kilka słów dotyczących fizyjol. czynności rdzenia (dok.): Bączkiewicza: Notatki kazuistyczne z ambulat. dla dzieci w szpitalu św. Ducha w Warszawie. — W *Zdrowiu* Nr. 79: Majewskiego i Bukowskiego: o metodach oznaczania procentowości tłuszczu w mleku; Szwajcera i Rembelińskiego: O szpitalu zapasowym w Warszawie. — W *Gazecie lek.* Nr. 18: Rychlińskiego: Przyczynek do nauki o ostrych psychozach; Mizerskiego i Nenckiego: Przegląd krytyczny sposobów oznaczania zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym (dok.), Szwajcera: O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w Warszawie w r. 1889 (dok.). — W *Medycynie* Nr. 18: Biegańskiego: O bredzeniu pogorączkowem w przebiegu chorób zakaźnych; Bączkiewicza: Notatki kazuistyczne z ambulatoryjum dla dzieci w szpitalu św. Ducha w Warszawie (dok.). — W *Gazecie lek.* Nr. 19: Jaworskiego: O zachowaniu się objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim; Harajewicza: Przypadek poronienia przewlekłego leczony metodą Apostoliego: Rychlińskiego: Przyczynek do nauki o ostrych psychozach (dok.); Szwajcera: O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w Warszawie 1889 (dok.). W *Medycynie* Nr. 19: Bujasińskiego: Otrucie esencyją octową resp. kw. octowym; Biegańskiego: O bredzeniu pogorączkowem w przebiegu chorób zakaźnych (dok.): — W *Gazecie lek.* Nr. 20: Mutermilcha: Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy; Mierczyńskiego: O znaczeniu prób Günzberga i Boasa; Higiera: Przypadek apopleksyi historycznéj; Szwajcera: O epidemii tyfusu wysypkowego w Warszawie w r. 1889 (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 20: Grünbauma: Dwa przypadki ropnia podprzeponowego; Dobrzyckiego: Sławuta w r. 1891.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 1 czerwca o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). Porządek dzienny: 1) kol. Kryński mówić będzie „o zawartości komórek rakowych“ i okaże preparaty mikroskopowe; 2) kol. Wachholz będzie mieć odczyt „O przewrotnym popędzie płciowym“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się prospekt o rozprawach z zakresu medycyny praktycznéj.

Zuckmantel, Szląsk austr.

UZDROWISKO i ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Zakład dla fizykalnych metod leczenia: hydro- i mechanoterapija, gimnastyka szwedzka, masaż. Elekterapija: galwanizacyja, faradyzacyja, franklinizacyja. Kąpiel elektryczna. Pneumatoterapija. Kuracyja dyjetetyczna i terenowa. Wspaniałe powietrze górskie i leśne.

Ceny umiarkowane. — Prospekty rozsyła się darmo i opłatnie.

Właściciel i lekarz kierujący: 41—10—4

Dr. Ludwik Schweinburg,

długoletni I. asystent prof. Winternitza w Wien-Kaltenleutgeben.

Wystawa przyrodniczo-lekarska w Krakowie 1891

wielki medal srebrny

za kapsułki i perełki lecznicze „Hygea“.

Capsulae medicinales „Hygea“ cum:

Kreosoto 0,05 Ol. Amyg. v. Ol. Jecoris 0,25 pro dosi. Pudełko 50 kapsułek 55 ct., 100 kapsułek 1 złr. 10 ct.

Kreosoto 0,05 Bals. de Tolu 0,20 pudełko 50 kapsułek 60 ct., 100 kapsułek 1 złr. 20 ct.

Kresoto 0,05 Morrhuol (Merck) 0,20 pudełko 50 kapsułek 1 złr. 10 ct, 100 kapsułek 2 złr. 20 ct.

Guajacolo (Merck) 0,05 Ol. Amyg. v. Jecoris 0,25 pudełko 50 kapsułek 70 ct., 100 kapsułek 1 złr. 40 cent.

Guajacolo 0,05 Morrhuol 0,20 pudełko 50 kapsułek 1 złr. 20 ct., 100 kapsułek 2 złr. 40 ct.

Terpinolo 0,10 Ol. Amyg. 0,20 pudełko 50 kapsułek 75 ct., 100 kapsułek 1 złr. 50 ct.

Moje perełki z kreozotem, gwajakolem i t. p. *są rzeczywiście bezwonne*; rozpuszczają się *w kilkunastu sekundach*, dawka jest *najdokładniejsza i nie podlega* zmianie przy najdłuższem przechowaniu.

Do nabycia *tylko w oryginalnych* pudełkach lub słoikach, w których mieści się świadectwo Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego.

Ceny stałe, oznaczone. 17—x—9

MARYAN ZAHRADNIK, aptekarz w Jeziernie.

ZDROJOWISKO

TEPLITZ-SCHÖNAU

w Czechach, od wieków znane i słynne gorące, alkaliczno-solne cieplice (29·5—39°R.) — Kuracyja zdrojowa cały rok bez przerwy. — Zdrojowisko pierwszorzędne z wspaniałemi zakładami, kąpiele błotne.

Wybitne przez swe nieprzewyższone działanie przeciw dnie, gośćcowi, porażeniom, skrofulicznym obrzękom i wrzodom, nerwobólom i innym chorobom nerwowym, cierpieniom rdzenia; z świetnym skutkiem w chorobach następowych po ranach postrzałowych i ciętych, po złamaniach kości, w zesztywnieniu stawów i skrzywieniach.

Położenie wspaniałe, zupełnie osłonięte w rozległéj dolinie otoczonéj wspaniałemi lasami górskiemi.

Wszelkich wyjaśnień udzielają i zamówieniana mieszkania przyjmują: dla Teplitz Inspektorat zdrojowy w Teplicach, dla Schönau Urząd gminny w Schönau. 35—6—3

Aptéka pod „ZŁOTYM SŁONIEM“ w Krakowie

(ul. Grodzka l. 22.)

utrzymuje stale na składzie wszelkie przetwory, odczynniki i barwiki anilinowe, używane w mikroskopii i bakteryjologii; odczynniki chemicznie czyste, olejki eteryczne, balzamy, żywice, lakiery oraz szkiełka nakrywkowe, przedmiotowe i epruwetki (rurki odczynnikowe) i t. p. Osobne cenniki tych przetworów rozsyła się na żądanie bezpłatnie i franco. Ma także na składzie sztyfty siarkanu miedziowego do ócz, szlifowane flaszki oraz pendzelki najdelikatniejsze do ócz

O czem mając zaszczyt zawiadomić, polecam się względom interesowanych. 18—11—9 **E. Stockmar.**



C. k. najwyższe uznanie.

ZŁOTY MEDAL:

PARYŻ, AMSTERDAM, BARCELONA.

ZDROJOWISKO

GLEICHENBERG

Wysokość n. p. m. 290 m. — Początek pory zdrojowéj 1 maja. 65—4—2

Szczawy żelaziste alk. słone. Wziewania szpilkowe i rozpylań słonych także w odosobnionych komórkach, panowie i panie oddzieleni, komora pneumatyczna, wielki aparat respiracyjny, kąpiele musujące z CO_2, kąpiele stalowe i hydroterapija, żętyca, kefir, ciepłe mleko krowie. Prospekty rozsyła darmo i opłatnie dyrekcyja w Gleichenbergu. Na żądanie „lekarzom“ przesyłki próbne darmo.

Dyplom honorowy: Grac, Tryjest.

Pozostałe po influenzy nieżyty i zboczenia nerw., jakoteż świeże i zadawnione nieżyty dróg oddech. najszybciéj usuwa.

Gleichenberskie źródło Konstantyna.

Dla dzieci i wrażliwych ustrojów nadaje się lepiéj

Gleichenberskie źródło Emmy.

IWONICZ

Zakład zdrojowo - kąpielowy

Szczawy alkal. słono - jodo - bromowe.

Skuteczne w chorobach skrofulicznych, skórnych, syfilitycznych, reumatyzmie, nieżytach błon śluzowych, zapaleniach stawów, okostny i w rozlicznych chorobach kobiecych.

Kąpiele mineralne o niewyczerpanéj obfitości, borowinowe, tuszowe i basenowe. — Mleko, żętyca, inhalatoryjum. Znakomita górska stacyja klimatyczna. — Urządzenia postępowe, oświetlenie elektryczne. — Pora kąpielowa podzielona na 3 sezony od 20-go Maja do końca Września. Mieszkania w 1-szym i ostatnim sezonie tańsze.

Lekarze ordyn.: **Dr. Kl. Dębicki** zakładowy i Dr. **Kazimierz Kaden.**

Składy wody, soli i ługu (na kąpiele domowe) w głównych aptekach i handlach wód mineralnych.

Prospekty rozsela *Dyrekcyja.* 48—6—4

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

VÖSLAU-GAINFAHRN

godzina drogi od Wiednia

otwarty przez rok cały.

Prospekty bezpłatnie na żądanie w samym zakładzie albo Wiedeń I, Opernring Nr. 3. 56—6—5

Dr Teod. Friedman Radca ces. Dr. Teod. Friedman.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 4 Czerwca 1892. Nr. 23.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

TREŚĆ:

I. Nowy materyjał do zastąpienia płytek z kości odwapnionej przy szwie jelitowym płytkowym Senna.

Podał
Dr. Roman Barącz we Lwowie.

Podczas moich doświadczeń ze szwem jelitowym płytkowym Senna w roku zeszłym[1]) przyszło mi na myśl, czyby płytek z kości odwapnionéj nie można zastąpić innym materyjałem, z którego płytki dałyby się szybko sporządzić, przez co lekarz praktyczny byłby w stanie zastosować ten tak łatwy i prosty szew jelitowy w odpowiednich przypadkach (np. przy gastroenterostomii). W tym celu wycinałem dla próby płytki roślinne z jabłek, ziemniaków, marchwi, rzodkwi, buraków i brukwi i badałem wytrzymałość. podatność i zawartość wody każdéj z nich. Najodpowiedniejszą do naszego celu okazała się brukiew żółta (*Brassica Napus, variet. rapifera, typ. Cruciferae,* po niem. *Kohlrübe albo Erdkohlrabi,* po ang. *Swedish Turnips,* po franc. *Chou navet,* po włosku *Cavolo navone).*

Ze świeżéj brukwi wycinałem płytki podług wzoru płytek Senna z kości odwapnionéj. Koło brzegu tychże płytek albo też koło zrobionego otworu środkowego przeprowadzałem igłą nitki i przez pociąganie pętli tychże badałem wytrzymałość płytek. Płytki z brukwi okazywały przytem największą wytrzymałość i nie nadżerały się nawet po użyciu dość znacznéj siły; płytki z innych materyjałów okazały się zbyt kruche lub zbyt soczyste.

Postanowiłem zatem zbadać doświadczalnie płytki z brukwi i w tym celu wykonałem 8 doświadczeń na psach.

Płytki te sporządzałem w następujący sposób: Ze świeżéj, zdrowéj, surowéj brukwi wycina się za pomocą ostrego większego noża (kuchennego) płyty $^1/_2$ ctm. grube, przyczem uważać należy, aby grubość tychże wszędzie była jednakową. Z jednéj płyty można wyciąć za pomocą scyzoryka 2—4 owalne płytki (zależnie od wielkości brukwi). Długość i szerokość płytek zależną będzie od anastomozy, jaką mamy wykonać (do gastroenterostomii są odpowiedniejsze większe, do enteroanastomozy zaś mniejsze płytki). W każdéj płytce wycina się scyzorykiem otwór owalny, odpowiedni światłu jelit, które mamy łączyć i 4 otworki boczne szydełkiem i w niespełna minutę płytka jest gotowa. Płytki te uzbraja się 4 ma szwami w sposób podany przez Senna.

Płytka tak sporządzona jest dostatecznie twardą i wytrzymałą tak, że szwy nie wyrywają się przy wiązaniu, jest przytem sprężystą i giętką we wszystkich kierunkach, skutkiem czego daje się wprowadzić przez stosunkowo mniejszą ranę w jelicie lub żołądku, poczem znowu się rozszerza dzięki swojéj sprężystości. Przez dłuższe leżenie w wodzie staje się płytka twardszą i grubieje tylko nieznacznie, natomiast przez leżenie na powietrzu staje się podatniejszą i kurczy się. Korzystniéj jest zatem sporządzać zawsze świeże płytki, jednak i płytki leżące przez 4 dni w 1% wodzie karbolowéj dały się także użyć z korzyścią. Brukiew daje się przechowywać przez dłuższy czas w wodzie, zresztą można jej zawsze dostać na targu.

Nasuwa się pytanie, co się dzieje z temi płytkami w przewodzie pokarmowym, czy takowe bywają strawione? O losie płytek w przewodzie pokarmowym musiały rozstrzygnąć doświadczenia na zwierzętach, gdyż do prób na drodze chemicznéj nie miałem czasu. To jednak było mi wiadomem, że brukiew stanowi częsty pokarm naszych wieśniaków, jak kolwiek celuloza, główny składnik płytek, jest mało strawna

Wyniki moich 8 doświadczeń: 5 gastroenterostomij i 3 resekcyj jelit wraz z enteroanastomozą[1]) są następujące: z 5 gastroenterostomij wyzdrowiały 4 psy, zdechł jeden z powodu wylania się treści żołądkowéj do jamy brzusznéj podczas operacyi z nieostrożności; 2 psy po resekcyi jelit z enteroanastomozą wyzdrowiały, jeden zaś zdechł z powodu

[1]) Będzie obszernie ogłoszone na innem miejscu.

[1]) Będzie ogłoszonem obszerniéj na innem miejscu.

niedrożności jelit w następstwie założenia anastomozy zbyt daleko od ramienia ślepo zaszytego. Z powyższego okazuje się, że żaden pies nie zdechł w następstwie użycia płytek przezemnie podanych. Wyniki moich doświadczeń uważać muszę stanowczo jako zupełnie korzystne.

W jednym przypadku gastroentorostomii, w którym śmierć nastąpiła wskutek wylania się treści żołądkowéj do jamy brzusznéj podczas operacyi[1]), miałem sposobność badać miejsce anastomozy i płytki w 2 dni po operacyi. Płytki napotkano w miejscu założenia przymocowane nitkami do brzegów przetoki; płytka żołądkowa była dosyć miękką, podobna do marchwi ugotowanéj, płytka w jelicie była tylko nieco twardszą.

Dwa psy zabito w 15 a względnie w 20 dni po wykonaniu gastroenterostomii i w obu przypadkach nie znaleziono płytek ani w miejscu gastroenterostomii ani też w całym przewodzie pokarmowym. Również szwów płytkowych nie znaleziono w ścianach przetok. Podobnie nie znaleziono śladu płytek we wszystkich innych przypadkach, które po upływie dłuższego czasu po operacyi 38—51 dni (po zabiciu psów) badano pośmiertnie.

W ostatniéj chwili, t. j. w dniu 7 maja b. r. wykonałem nadto przy pomocy moich płytek brukwiowych gastroenterostomiję przy łaskawéj pomocy Dra Ziembickiego, u człowieka wobec raka odźwiernika przechodzącego na tylną ścianę żołądka[2]), a przebieg jest dotychczas zupełnie pomyślny.

Płytki z brukwi stanowią zatem materyjał zupełnie przydatny do wykonania enteroanastomozy a względnie gastroenterostomii. Ponieważ takowe dają się wszędzie łatwo nabyć, można zatem wykonać enteroanastomozę a względnie gastroenterostomiję za pomocą tychże płytek z brukwi. Główną korzyścią moich płytek jest szybkość sporządzania tychże (niespełna minuta czasu).

Lwów 11 maja 1892.

[1]) Asystent pogłębił z nieostrożności otwartą ranę żołądkową, podczas manipulacyi w jelicie, do jamy brzusznéj. — [2]) O ile mi wiadomo, jest to pierwsza gastroenterostomija wykonana na kontynencie europejskim podług zasad Senna u człowieka.

II. O blednicy (*chlorosis*) i jej leczeniu.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniach 16 marca i 27 kwietnia b. r.

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

Teoryja ta, jakkolwiek ma swoje słabe strony i sama nie wytłumaczy wszystkich szmerów, najwięcéj jednak odpowiada spostrzeganym faktom. Stwierdzenie u blednicą dotkniętych dwóch szmerów skurczowych tuż nad tętnicą płucną i końcem serca, z których pierwszy silniejszy, daléj stwierdzenie szmeru tylko nad tętn. płucną, przemawia za ich pochodzeniem anemicznem, natomiast obecność szmeru tylko nad końcem serca już może być rzeczą wątpliwą, a fakt, że z dwóch szmerów na początku obserwacyi stwierdzonych szmer nad tętn. płucną ginie, a pozostaje tylko nad końcem serca, jest wskazówką, że rozwija się sprawa na śródsierdziu, że szmer jest organicznym.

Fakta wspomniane teoryją Sehrwalda łatwo wytłumaczyć sobie możemy. W pewnych razach wskazówkę rozpoznawczą może nam dać stosunek natężenia buczeń żylnych. Jak wiemy, w wadach serca lewego, choćby przebiegały wśród silnéj niedokrewności, najczęściéj buczenia żylnego niema — w blednicy prawie stale je stwierdzamy. Szczegół ten możemy wyzyskać w rozróżnieniu jakości szmeru, ale tylko z zastrzeżeniem, które Neusser[12]) podnosi. W wadach serca lewego, choćby pod formą blednicy przebiegały, nie znajdujemy buczenia żylnego, ale tylko wtedy, jeżeli prąd krwi w żyłach płynie wolno; t. j. jeżeli w nich parcie jest zwiększone; a ma to miejsce tylko natenczas, gdy prawa komora oporów w krążeniu małem już pokonać nie może. Póki sprawność jéj należyta, i przy wadach serca lewego mogą być warunki dla buczenia żylnego i stwierdzić je można. Z drugiéj strony i w blednicy mogą zajść warunki utrudniające powstanie buczenia, a ma to miejsce wtedy, gdy wskutek rozszerzenia prawéj komory i osłabienia mięśnia nastaje utrudnienie krążenia żylnego, zwolnienie prądu krwi w żyłach, t. j. odpada nam jeden z warunków dla powstania buczenia. W przypadkach tych nie będziemy mieli zwiększonego buczenia, jak to być powinno, przy siadaniu i staniu, po szybkich ruchach, t. j. w warunkach przyspieszających prąd krwi, tylko owszem osłabienie lub nawet zniesienie buczenia, boć to są warunki osłabiające sprawność komory prawéj. Uwzględniwszy co dopiero poruszone okoliczności, możemy dopiero zużytkować zachowanie się buczenia żylnego w ocenianiu jakości szmeru.

Mówiąc o szmerach anemicznych, jeszcze na jeden szczegół chciałbym uwagę Panów zwrócić. Do niedawnych czasów uchodziło prawie za zasadę, że szmery te mogą być tylko skurczowe, jeszcze Nothnagel[13]) w wykładzie umieszczonym przed dwoma miesiącami w *Wien. med. Presse* podnosi: „. . . . *steht es fest, dass die anämischen Geräusche, welche wir im Herzen hören u. die sich im Herzen entwickeln, immer u. immer systolisch sind u. dass, wenn Sie diastolische oder präsystolische Geräusche hören, Sie von vornherein überzeugt sein dürfen, dass hier keine anorganischen Geräusche vorliegen, sondern dass sie durch Klappenabnormitäten bedingt sind*". Zdanie to można za zasadę przyjąć ale z zastrzeżeniem, bo przy silnych stopniach niedokrewności stwierdzono naturalnie bardzo wyjątkowo nad końcem serca szmer rozkurczowy anemiczny (Gerhardt[14]), a w ostatnich czasach uznajemy powszechnie, że może być także szmer rozkurczowy słyszalny najwyraźniéj w miejscu, gdzie obsłuchujemy tętn. główną. Szmer ten mający swe źródło w żyle głównéj górnéj *(v. cava sup.)*, więc szmer żylny powstający zatem nie *„im Herzen"* ale słyszalny *im Herzen* zasługuje na szczególną uwagę, bo zbyt rzadkim znów on nie jest, a z drugiéj strony tak łudzący dla ucha, tak szorstki, że go łatwo wziąć za szmer organiczny i rozpoznać niedomykalność zastawek półksiężycowych tętn. głównéj (*Insuf. valv. semil. aortae*). Dlaczego szmer ten w stanach niedokrewnych względnie rzadko powstaje i jakich warunków potrzebuje do powstania, dziś tego nie wiemy — może wpływa na to jakiś nieprawidłowy przebieg *v. cavae* lub co prawdopodobniejsze wrodzona wązkość tako-

wéj. U blednicowych stwierdziłem go dotąd kilka razy, z tych dwa razy wśród okoliczności, które rozpoznanie utrudniały, a które nauczyły mnie zwracać uwagę na pewne szczegóły, pozwalające nieraz omyłki uniknąć. Dwa te przypadki przejdę w porządku chronologicznym, jak się nasunęły mojéj obserwacyi.

Dziewczynka 14-letnia z objawami przebytéj krzywicy w postaci dość znacznéj *kyphoskoliosis*. Stwierdziłem u niéj tk. tłuszczową miernie rozwiniętą, bladość znaczną powłok i bł. śluzowych, buczenie ogromne nad żyłami, szmery anemiczne słabe, skurczowe nad tętn. płucną i końcem serca, rozmiar serca poprzeczny zwiększony, w płucach w dolnych częściach objawy nieżytu, śledzionę miernie wypukiem powiększoną. W tym stanie objąłem ją w leczenie. Poprawa po dwóch miesiącach, występuje zapalenie nieżytowe płuca lewego 8 tygodni trwające, objawy blednicy potem jeszcze gwałtowniejsze, wyjazd na świeże powietrze, jak późniéj się dowiedziałem w okolicę malaryczną. Po 2 miesiącach powrót bez dodatniego wyniku, a w kilka tygodni rozpoczynają się u chorej dreszcze, poty i stan gorączkowy z torem silnie zwalniającym, bo rano 37—37·8° C. dochodzącym, wieczorem do 39° C. Wobec powiększonéj śledziony, pobytu w okolicy malarycznéj, a braku innych zmian, rozpoznałem *Intermittens irregularis in chloranaemica*. Obserwacyja jednak dalsza rozpoznanie zachwiała. Wśród zwiększającéj się niedokrewności zaczął występować coraz wyraźniejszy szmer rozkurczowy nad tętn. główną. zamieniając się w szmer szorstki prawie piłujący, udzielający się słabo aż nad koniec serca. Wobec tego rozpoznanie uległo gruntownéj zmianie i brzmiało: *Endocarditis acuta subsequ. Insuffic. valv. semilur. aortae in chloranaemica*, rozpoznanie nietylko moje ale wszystkich kolegów, którzy przypadek ten w tym czasie badali. Po 4 tygodniach stan gorączkowy minął, po 6 pacyjentka chodziła, szmer trwał daléj, czyli według logicznego rozumowania przebyła sprawę ostrą na śródsierdziu wynosząc stałą wadę sercową. Po używaniu dłuższem chininy, arszeniku, żelaza, stan ogólny zaczął się poprawiać, niedokrewność zmniejszać, a badając co 2—3 tygodni chorą, ku mojemu zdziwieniu stwierdziłem w miarę poprawy ogólnéj słabnienie szmeru, a w 4 miesiące i śladu z niego nie było i nigdy już nie wrócił. Pacyjentka zatem nie miała niedomykalności zastawek półksiężycowych tętn. głównéj, nie przebyła ostrego zapalenia śródsierdzia, przebyła nieregularną zimnicę, któréj nabawiła się podczas pobytu w okolicy malarycznéj, ta zwiększała jéj niedokrewność, wystąpił szmer anemiczny, rozkurczowy, który w miarę poprawy stanu ogólnego a więc i składu krwi zupełnie ustąpił.

Gdym się zastanawiał, czy błędu tego w rozpoznaniu można było uniknąć, zwróciły moją uwagę pewne szczegóły, które wprawdzie nie odrazu, ale wśród dłuższéj obserwacyi w rachubę powinny były wchodzić, t. j. brak następstw niedomykalności zastawek, brak przerostu lewego serca, nie mówiąc już o wybitnem, któreby zdradzało się silnem i przesuniętem uderzeniem koniuszkowem i powiększeniem rozmiaru osiowego stłumienia sercowego, ale przynajmniéj któreby objawiało się tętnem więcéj napiętem a nadto chybkiem (*celer*). Ten ostatni szczegół, t. j. zachowanie się tętna mógł być decydującym, jeżeli nie w czasie gorączkowania choréj, to późniéj, bo dodać mi należy, że długi czas tętno było bardzo przyspieszone, małe i miękkie, rozmiar poprzeczny serca zwiększony.

Doświadczenie to mogłem zużytkować w jakiś czas potem w przypadku równie nęcącym do rozpoznania sprawy na zastawkach tętn. głównéj. Dotyczył on panienki 18-letniéj bardzo otyłéj, dobrze zbudowanéj. Badanie wykazało u niéj objawy silnie rozwiniętéj blednicy, która miało już trwać 4 lata, w sercu szmery anemiczne, skurczowe w zwykłych miejscach. Po kilku miesiącach, wśród których miałem sposobność pacyjentkę kilka razy badać, poprawa znaczna. Ruchliwie przebyty karnawał pogorszył sprawę, nadto rozwinął się przyostry gościec zajmujący stawy kolanowe, skokowe i barkowy prawy. W 4 miesiące dopiero po wystąpieniu przypadków gośćcowych badałem pacyjentkę w czerwcu z. r. Odżywienie pozostało to samo, bladość jednak większa niż za pierwszym razem, buczenie wybitne nad żyłami, stosunkowo słabe szmery anemiczne nad tętn. płucną i końcem serca, natomiast silny piłujący szmer rozkurczowy nad tętn. główną, a ze stawów kolana prawe obrzękłe i bolesne. Nęcącem było przyjąć, że przy blednicy i tak usposabiającéj do spraw na śródsierdziu wskutek gośćca stawowego, którego ślady jeszcze stwierdziłem, powstała sprawa zapalna na zastawkach tętn. głównéj doprowadzająca do niedomykalności takowych (*chloranaemia intercurrente Rheum. artic. subacuto subsequ. Endocardite sub forma insuff. valv. semil. aortae*). Nauczony jednak doświadczeniem przypadku poprzedniego, jak trzeba być ostrożnym z tym szmerem u blednicowych, zwróciwszy uwagę, że nie stwierdziłem objawów fizycznych przerostu lewego serca, a tętno szybkie i miękkie i małe, mimo ostrości szmeru, uznałem go za anemiczny i przebieg rozpoznanie potwierdził, w dwa miesiące jeszcze szmer rozkurczowy słyszałem, w 6-ciu przy doskonałem wejrzeniu pacyjentki zniknął bez śladu.

Dwa przypadki te przytoczyłem, aby wykazać ważność rozpoznawczą tego szmeru i na przykładzie pokazać, jakie trudności rozpoznawcze może sprawiać, jak również, że w ocenianiu jego charakteru zwracać należy uwagę szczególnie na jakość tętna. Odrazu jednak nadmienić muszę, że teoretycznie, bo w praktyce przypadków podobnych nie spotkałem, mogą zajść warunki, które nam ten punkt oparcia osłabiają, a będzie to wtedy, gdy szmer rozkurczowy pozostanie u pacyjentki, u któréj wskutek wązkości naczyń rozwinął się przerost lewéj komory.

Skreśliwszy niektóre objawy, jakie u blednicowych spotykamy w narządzie krążenia, wracam do skreślenia ściślejszego, które przypadki blednicy zaliczam do podanego przezemnie typu sercowego. Nie wszystkie naturalnie, u których stwierdzimy buczenie żylne lub szmer anemiczny, ale tylko te, które przedstawiać będą osłabienie mięśnia sercowego, objawiające się stale przyspieszonem znacznie tętnem, rosnącem w liczbę za każdym ruchem i rozszerzeniem prawéj komory serca. Zbieram te przypadki w osobną grupę, w osobny typ, nie ze względów naukowych łecz praktycznych, bo wymagają one odmiennego postępowania leczniczego.

Nazwa ostatniego mego typu, t. j. mięszany, sama przez się tłómaczy się i nie potrzebuje bliższego wyjaśnienia, a obejmuje ona najczęstsze przypadki.

Na dwa objawy mogące się zdarzyć w każdym z podanych typów chciałbym jeszcze zwrócić uwagę, t. j. na przypady nerwowe i ciepłotę.

Przypady nerwowe spostrzegane w blednicy są dwojakie. Jedne będące w ścisłym związku z rozwijającą się chorobą, jak bóle głowy, pewna drażliwość, skłonność do płaczu, łatwość uniesienia się, nastrój melancholiczny i t. d. przypady, które zależnie od stanu blednicy potęgują się lub zwalniają, — drugie stanowiące powikłanie blednicy, przypady histeryczne, zdarzające się u osób neuropatycznych, u których blednica albo rozbudziła tkwiący zaród histeryi lub istniejącą histeryję spotęgowala. Podział tych przypadów jest potrzebny ze względów praktycznych, bo gdy pierwsze przeważnie nie wymagają innego leczenia jak tylko przeciw blednicy skierowanego, drugie zależnie od stopnia natężenia wymagają odmiennego postępowania.

Wreszcie o ciepłocie słów kilka pragnę powiedzieć. W podręcznikach nowszych (Eichhorst, Strümpell, Jaccoud), a nawet w zbiorowem dziele Ziemssena, znajdujemy zwykle zdanie, że ciepłota u bladnicowych nie jest podwyższoną, a jeżeli ją przypuszczają, to tylko dla wyjątkowych przypadków, w innych razach każą ją uważać za objaw ukrytéj jakiéjś innéj sprawy, n. p. gruźlicy (*pseudochlorosis*) lub za objaw niedokrewności złośliwéj. Z drugiéj strony nie brak spostrzeżeń świadczących, że ciepłota w blednicy może być podwyższoną. Wspomina już o tem Wunderlich. Główną uwagę na to zwrócił dopiero Mollière[15]), który w 38 przypadkach blednicy mierząc przez czas dłuższy dwa razy dziennie w kiszce odchodowéj „ze zdziwieniem" znalazł ciepłotę podwyższoną, nigdy niżéj 37·4° C., u niektórych stale 38° C., u niektórych 38 8—39·4, a kilka razy nawet 39·8° C. i uważa podniesienie ciepłoty za stały objaw blednicy. — W rok późniéj Leclerc[16]) na podstawie 30 przypadków nie podziela w całości zdania Mollièra, jakoby podniesiona ciepłota była stałym objawem blednicy, zwraca jednak uwagę na częstość tego objawu, zwłaszcza w cięższych postaciach. — Podniesienia mają być nieznaczne, rzadko do 39° C. dochodzące, najczęściéj z torem gorączki stałéj lub też torem odwrotnym (*typus inversus)* i mogą trwać od kilku dni do 4½ miesięcy. Dwa lata temu ogłosił Weil[17]) trzy przypadki blednicy z gorączką, a w roku bieżącym Puławski[18]) przypadek jeden bardzo ciekawy, w którym stan gorączkowy trwał dni 60 z torem bardzo nieregularnym, ciepłota dochodziła do 41·1° C., rozpoznanie zaś wahało się między gruźlicą prosówkową, niedokrewnością złośliwą, zimnicą i histeryją, a w którym gorączka ustępować poczęła po używaniu żelaza. Na objaw ten od lat kilku zwróciłem uwagę i wkrótce przyszedłem do przekonania, że tylko po mierzeniu co 2 godziny można dojść do pewnych wyników.

Dziś rozporządzam dość znacznym materyjałem własnym i tablicami, które do użytku oddał mi prof. Korczyński z kliniki krakowskiéj. Statystyki z nich układać nie mogę, bo w wielu przypadkach praktyki prywatnéj z przyczyn naturalnie nie odemnie zawisłych nie byłem w stanie tak dokładnie mierzeń przeprowadzić. Na podstawie jednak zebranego materyjału śmiało mogę przychylić się do zdania Leclerca, że w blednicy szczególnie silnie rozwiniętéj nie tak rzadko można przy dokładnem co 2 godziny dokonywanem mierzeniu nieznaczne podniesienie ciepłoty stwierdzić. Podniesienia te przypadają na rozmaite godziny dnia, ztąd przy dwukrotnem mierzeniu łatwo ich nie spostrzedz, wahają się one najczęściéj między 37·4—37·9, rzadziéj dochodzą do 38—38·2° C. W przypadkach obserwowanych podwyższenie to trwało od kilku, kilkunastu dni do 2—3 miesięcy, ściśle było związane z nasileniem choroby, a z poprawą ogólną ciepłota schodziła do prawidłowéj. Nadto zauważyłem ten szczegół, że blednicą dotknięte ustroje oddziaływają w pewnych razach na pewne bodźce jak radość, smutek, a szczególnie więcéj męczący ruch oddziaływa podniesieniem ciepłoty, szczegół, na który i Leclerc zwraca uwagę. Podobnie wysokich ciepłot jak wspomina Mollière, Weil, lub w przypadku Puławskiego nie stwierdzałem. Najwyższą, bo dochodzącą do 39° C., widziałem w przypadku, który spostrzegałem przed 4 laty, zasługującym i z innego powodu na przytoczenie.

U dwóch sióstr, panienek 15 i 16-letnich, nad wiek swój wyrosłych, rozwija się blednica, przebieg jéj zmienny, poprawa na kilka miesięcy i znów pogorszenie, tak dochodzące do 17 i 18 r. życia. Po powrocie z wakacyj przed 4 laty młodsza przedstawiła się w stanie względnie dobrym, starsza blada, z buczeniami żylnemi, szmerami anemicznemi w sercu; za przyczynę tego podaje matka cierpienia moralne, nadto dowiedziałem się, że pacyjentka podczas spaceru wyleciała z powozu. W trzy tygodnie po powrocie cera pacyjentki była już kredowobladą, osłabienie tak znaczne, że każdy ruch sprowadzał bezdech. Badanie wykazało mi obok téj bladości silnie rozwiniętą tkankę tłuszczową, anemiczne szmery w sercu, narządy wewnętrzne prawidłowe, mierną bolesność mostka, ciepłotę 37·6. Krew wzięta z palca była wodnistą, koloru blado-ceglastego, pod mikroskopem znaczna *poikilocythosis* i *mikrocythämia.* W stolcu żadnych pasorzytów ani ich jajek. Mocz prawidłowy. Pacyjenka odtąd leżała w łóżku, stale gorączkowała ze zmiennem natężeniem z wahaniami ciepłoty znacznemi jużto subnormalnéj jużto dochodzącéj do 38·6—39° C Niedokrewność stale się zwiększała, w dwa tygodnie już głowy podnosić nie mogła, aby nie popaść w omdlenie. Na stopach pojawiły się obrzęki. Bezsenność stała, bo sen przerywały stale halucynacyje, tętno 120—130 miękkie. W 4 tygodnie bladość tak znaczna jak po najsilniejszem krwotoku. Ciepłota ostatnie 3 dni stale subnormalna, tętno coraz słabsze i wśród zamroczenia przytomności w ostatnim dniu pacyjentka życie skończyła. (Dok. nast.

III. Z kliniki chorób dzieci prof. Dra Jakubowskiego.

O intubacyi w dławcu.

Napisał

Dr. Stanisław Momidłowski,
asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

Jakkolwiek pierwsze i drugie niebezpieczeństwo jest rzadkie, jak to wykazują spostrzeżenia amerykańskie, lekarzy niemieckich, wreszcie u nas zauważane (na 82 przypadków 3 razy), to jednak już z tego wynika, że po wykonaniu intubacyi w każdéj chwili do tracheotomii przygotowanym być należy i to do tracheotomii w warunkach niekorzystnych, bo wymagającéj bardzo szybkiego ukończenia i następowych zabiegów, służących do usunięcia błon z dróg oddechowych. Thiersch nawet sądzi, że wobec tych niebezpieczeństw konieczną jest ustawiczna obecność lekarza przy łóżku chorego i to tak z intubacyją, jak i tracheotomiją dobrze obeznanego. Ganghofner zaś, jak to już wyżéj wspomniałem, pozostawiając nitkę, dozwala każdemu w nagłym przypadku zatkany tubus wyjąć, w takim zaś razie zawsze jest czas. do wezwania pomocy lekarza, choćby chwilowo nieobecnego. Również w znacznéj ilości nagromadzona w drogach oddechowych wydzielina lepka jest w stanie tubus niedrożnym uczynić, o czem wspomina Ranke, a w naszym jednym przypadku nagłéj duszności znalazłem po wyjęciu tubusa tenże śluzem gęstym zapchany, błon zaś mimo skrzętnych poszukiwan wykazać nie mogłem.

Dalsze ujemne strony intubacyi są następujące: 1) częste wykrztuszanie rurki, 2) możność połknięcia téjże, 3) wpadnięcie do tchawicy, 4) trudności przy karmieniu dzieci intubowanych.

1) Wykrztuszanie rurki zdarza się dosyć często a najczęstszą przyczyną tegoż jest zatkanie światła bądź przez oderwaną błonę krupową, bądź przez nagromadzony śluz. Wśród gwałtownego kaszlu dziecko wyrzuca wtedy tubus a wraz z nim błony i wydzielinę. Czasami przyczyny wy-

walinę budżetową do zaspokojenia potrzeb szpitalików powiatowych.

Następnie Dr. Lachowicz omawiał sprawę kwartalnych wykazów o jaglicy i wyjaśniał różnice pomiędzy 3 formularzami, które nawzajem się uzupełniają i dają obraz rozszerzania się tej zaraźliwéj choroby ocznéj w kraju naszym. Aby uniknąć zbyt długiego nieraz wyliczania chorych na jaglicę co kwartał, wystarczać będzie obecnie zestawienie cyfrowe chorych i wyzdrowiałych, a tylko po ukończeniu poboru wojskowego trzeba będzie przedkładać Namiestnictwu wykaz imienny, tudzież w wykazie żołnierzy urlopowanych z powodu jaglicy trzeba będzie i nadal wymieniać ich szczegółowo.

Również odczyt Dra Obtułowicza „o stanowisku lekarza powiatowego przy komisyjach poborowych do wojska“ wywołał dyskusyję nader ożywioną. Prelegent uzasadniał, że ustawa najnowsza z r. 1880 nader szczupły zakres działalności użycza lekarzom powiatowym przy komisyjach asenterunkowych, że jednakże wobec obowiązków nałożonych przez ustawę na lekarzy powiatowych w sposób kategoryczny, także ci mimo chęci muszą w tych komisyjach brać udział, — powinni oni nawet tych drobnych okruchów władzy gorliwie przestrzegać i protestować w razie, gdyby ich orzeczenie do protokółu asenterunkowego wpisane nie zostało, zwłaszcza, że §. 98 ustęp f) powyższéj ustawy prawo podyktowania do protokułu orzeczenia o zdolności popisowego wyraźnie zastrzega. Tak jak lekarz wojskowy jest znawcą komisyi wojskowéj i wypowiada swe orzeczenie o zdolności popisowego, a przewodniczący komisyi wojskowéj na mocy tego orzeczenia — chociaż się może niem wcale nie krępować — asenteruje popisowego lub go odrzuca, tak samo lekarz powiatowy jest znawcą komisyi cywilnéj i po odrzuceniu popisowego przez komisyję wojskową wypowiada swe orzeczenie, czy ten popisowy ma być przedstawionym komisyi rozpoznawczej, czy też nie. Przewodniczący komisyi cywilnéj może uznać to zdanie za uzasadnione lub nie, ale orzeczenie lekarza powiatowego zawsze zapisanem w protokółach być powinno. W razie podejrzenia o samokalectwo ma lekarz powiatowy nie tylko prawo, ale nawet obowiązek podyktowania swego orzeczenia do protokółu poborowego (§. 94, 7), a instrukcyja o badaniu popisowych kładzie wyraźny nacisk na to, że badanie popisowych należy do najważniejszych jego obowiązków urzędowych (§. 88, 7).

Sprawę tę jako nader ważną uchwalono na wniosek kol. Dra Wernera poruczyć osobnéj komisyi.

Dr. Barzycki przemawiał następnie za tem, że sądy powinny lekarzy powiatowych, jako specyjalnie ukwalifikowanych znawców, używać stale do czynności sądowo-lekarskich. Liczni mówcy utyskiwali na przestarzałą taryfę z r. 1855, która nie licuje ani z godnością, ani ze stanowiskiem lekarzy wogóle i zniechęca tylko lekarzy do poświęcania swych usług władzom sądowym i dlatego, dopóki sprawa wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie nie dozna radykalnego przeobrażenia i widocznéj zmiany na lepsze, nie jest rzeczą odpowiednią, aby lekarze powiatowi narzucali się sądom, które i tak są obowiązane do używania ich i oddawania im pierwszeństwa przed innymi lekarzami, a to w myśl okólników ministeryjalnych.

Dr. Sobolewski poruszył znów ważną sprawę polepszenia bytu lekarzy powiatowych i wykazywał konieczną potrzebę podwyższenia rangi i płacy lekarzy powiatowych, którzy mimo długich i żmudnych studyjów, rygorozów doktorskich, oraz egzaminów państwowych, nie mogą obecnie uzyskać nawet rangi VIII, jaką obdarzeni bywają urzędnicy innych kategoryj, nie potrzebujący nawet studyjów uniwersyteckich, a częstokroć nawet obywający się bez ukończenia gimnazyjum.

Sprawę tę z poprawką Dra Cassiny, aby lekarze powiatowi narażający zbyt często swe życie skutkiem zarażenia się chorobami zakaźnemi, oraz muszący ponosić różnorodne trudy przy wyjazdach komisyjnych, otrzymywali już pełną emeryturę po upływie lat 30 (tak jak nauczyciele gimnazyalni, profesorowie Uniwersytetu), przekazano komisyi złożonéj z Drów Barzyckiego, Cassiny, Obtułowicza i Sobolewskiego.

W końcu Dr. Barzycki wykazywał, że lekarze powiatowi powinni zaliczać jezdne, choćby nawet odległość od miejsca zamieszkania nie przekraczało 3·8 kilometra, a protomedyk Dr. Merunowicz omawiał organizacyję służby sanitarnéj w kraju, popierając gorąco sprawę jak najszybszego ustanowienia akuszerek gminnych i wprowadzenia w życie instytucyj lekarzy okręgowych.

Mimo przedłużenia się obrad ponad czas 4 godzinny nie zdołano wyczerpać ani połowy porządku dziennego, skutkiem czego dalsze obrady nad wnioskami Drów Barzyckiego, Serkowskiego i Tarnawskiego (O stanowisku lekarza powiatowego w obec rady szkolnéj okręgowéj i niedostatecznym wpływie jego na szkołę ludową) uchwalono odro czyć do przyszłego Zjazdu, który się odbędzie we Lwowie w roku przyszłym o téj saméj porze.

Poruszenie kwestyj pierwszorzędnéj wagi i ożywiona dyskusyja nad każdym z tematów powyższych wykazała niezbędną potrzebę zjazdów lekarzy powiatowych.

Zjazd II, w którym oprócz członków Rady zdrowia i lekarzy lwowskich, wzięło udział 60 lekarzy powiatowych, zakończyła koleżeńska uczta w kasynie miejskiem, wśród któréj panował nader serdeczny nastrój, przeplatany licznemi toastami, a pod koniec biesiady nie zapomniano i o dobrym uczynku, bo na fundusz wdów i sierot po lekarzach zebrano przeszło 230 złr.

W ł a d i s ł a w A n d r e j e w i c z F r a n k o w s k i. Połuwiekowoj jubilej (1840—1890). Charków 1892.

„Przegląd Lekarski“ w N. 13 b. r. złożył swe życzenia Dr. Frankowskiemu, z powodu 50-letniego jubileuszu jego zawodowej działalności, wyróżniającej się szeroką wiedzą, wygórowaną sumiennością i ewangieliczną miłością bliźniego.

Dr. Grzegorz Wolański z Hadiacza nadesłał nam sporą książkę, ozdobioną podobizną jubilata i zawierającą opis uroczystości jubileuszowej, wraz z przemówieniami przedstawicieli przeróżnych instytucyj, z których każda miała wiele powodów do wyrażenia wdzięczności czcigodnemu jubilatowi. Z tej publikacyi dopiero należycie wyrozumieliśmy motywa wspaniałego jubileuszu; przekonaliśmy się, jak piękną i zaszczytną rolę odgrywał i odgrywa na wschodzie cesarstwa ten pionier rzetelnej cywilizacyi chrześcijańskiej, lekarz, którego serce w zaraniu życia przysposobiła do trudu i znoju, do poświęcenia i miłości bliźniego, wielka swym duchem pedagogicznym Akademia Wileńska. Od Petersburga do Odessy, od Warszawy do gór Kaukazu; od potentatów, jak członek Rady Państwa Abaza, Senator Printz — do włościanki Zajcowej, nadeszły adresy i telegramy z życzeniami od jednych z wdzięcznością i błogosławieństwem od drugich. Z Berlina otrzymał jubilat powinszowanie od Virchowa i Henocha. Zapytujemy siebie, w czem spoczywa tajemnica tego jednomyślnego, harmonijnego chóru wdzięczności dla cichego pracownika? Książka jubileuszowa nam daje odpowiedź, że społeczeństwo, wśród którego działał i działa jubilat, z uznaniem to zapisujemy, oceniło i uczciło 50-letnią bez skazy jego służbę. Liczny spis dokumentów zaświadczających o bezinteresowanej pracy jubilata podczas wszystkich epidemij w ciągu lat 50, również bezinteresowna służba w towarzystwach filantropijnych, początkowanie w założeniu charkowskiego szpitala dla dzieci, oraz trudy około poprawy stosunków zdrowotnych itd. przekonywają, że Dr. Frankowski jest osobistością wyróżniającą się wysokim etycznym nastrojem uczucia, myśli i czynu. Skromny, a tak zasłużony, wymagający od siebie, a tak pobłażliwy i dobry dla bliźnich, był on i jest nietylko lekarzem — filantropem, lecz opiekunem i dobrodziejem ubogich i wydziedziczonych.

Dla nas, ta niezwykła, a tak wspaniała uroczystość jubileuszowa, ma wyłączny wdzięk: wyszczególnia ona czło-

wieka, który jest naszym kolegą, ziomkiem i wychowańcem tyle zasłużonej Akademii Wileńskiej. Uniwersytet Wileński był najdalej wysuniętą na wschód placówką cywilizacyi zachodniej; ocenienie, w jakim stopniu przypadnie zasługa wileńskim wychowańcom w dźwignięciu oświaty rosyjskiej na jej dzisiejszą stopę, jest to wdzięczny temat dla historyka fachowego. Sądząc jednak z tego, na co patrzyliśmy i dziś patrzymy, zasługi te są niewątpliwe, a na poparcie naszego twierdzenia niech nam służą nazwiska byłych wychowańców Wszechnicy wileńskiej, którzy za dni naszych żyli i działali w wschodnich guberniach cesarstwa; do nich zaliczamy: głośnych i cenionych pedagogów: Wernikowskiego i Łozińskiego; lekarzy, używających szerokiej wziętości dla swej wiedzy i dobroczynności: Neczaja, Wernickiego, Frankowskiego; wysoko cenionych helenistów, profesorów Uniwersytetów: Walickiego w Charkowie, Jurkiewicza w Odesie; profesora chemii w Kijowie, Ignacego Fonberga; oryjentalistę, profesora we Wydziale prawnym i Rektora w Kazaniu Kowalikowskiego, profesora prawa w Uniwersytecie charkowskim, Aleksandra Mickiewicza, brata Adama, i innych. Ze stanowiska interesów wszechludzkich: oświaty i filantropii boleć tylko należy, że Uniwersytet wileński, gwoli spraw doczesnych i przemijających, po blizko trzy wiekowem istnieniu, został zniesiony: obchodząc uroczysty jubileusz jednego z epigonów Akademii Wileńskiej, społeczność rosyjska uczciła i ducha szkoły, która wydała Władysława Frankowskiego. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 czerwca. Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. 1) kol. przewodniczący Ponikło powitał obecnych kolegów zamiejscowych Drów Kleckiego i Śmiechowskiego z Warszawy, Dra Bogdanika z Biały i Dra Godlewskiego ze Lwowa, następnie doniósł Towarzystwu, że kol. Opieński z powodu wyjazdu do Lwowa składa urząd sekretarza dorocznego. Zgromadzeni uchwalili jednomyślnie wyrazić kol. Opieńskiemu uznanie za wzorowe redagowanie protokółów posiedzeń i wybrali jednogłośnie sekretarzem po koniec roku bieżącego kol. Stanisława Karpińskiego;

2) przyjęto jednogłośnie Dra Bronisława Olszewskiego na członka czynnego Towarzystwa.

3) kol. Buzdygan okazał błonę krupową wykaszlaną przez chorego w klinice, przedstawiającą niejako odlew tchawicy i kilku większych oskrzeli.

4) Kol. Kryński miał odczyt „o zawartości komórek rakowych“, w którym podał wyniki swych własnych poszukiwań, objaśniając rzecz preparatami mikroskopowemi.

5) Kol. Wachholz czytał „o przewrotnym popędzie płciowym“ opisując poszczególne formy tego zboczenia, ilustrując rzecz typowemi przypadkami chorobowemi i dołączając uwagi sądowo-lekarskie. W dyskusyi zabierali głos z kolei koll.: Sroczyński, Zarewicz, Buzdygan, Oettinger, Szczezyk, Blumenstok, Bogdanik i prelegent.

* D. 25 maja odbył się wykład habilitacyjny Dra Stanisława Brauna w obecności członków Wydziału lekarskiego i licznie zgromadzonych słuchaczów medycyny. Po odbyciu krótkiej narady Wydział uznawszy wykład za zupełnie odpowiedni uchwalił przedstawić Ministerstwu Oświecenia cały akt habilitacyjny celem potwierdzenia Dra Brauna jako docenta położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* Na ostatniem swem posiedzeniu Wydział lekarski U. J. uchwalił jednogłośnie: 1) poprzeć jak najgorcéj podanie asystenta przy katedrze fizyjologii Dra Becka do Wys. Ministerstwa Oświecenia o udzielenie stypendyjum celem poznania zakładów fizyjologicznych w Austryi i zagranicą, 2) i prosić Ministerstwa o zamianowanie asystenta przy klinice okulistycznéj Dra Sroczyńskiego na téj posadzie przez rok piąty; wreszcie wybrał z grona swego 4 członków jako wyborców przy nastąpić mającym wyborze Rektora U. J. na rok przyszły, a mianowicie proff. Korczyńskiego, Browicza, Jakubowskiego i docenta Zarewicza.

* Zjazdowi okulistów francuskich, odbywającemu się w Paryżu, przewodniczy szanowny nasz rodak, radzca zdrowia Dr. Wicherkiewicz z Poznania.

* Jak donosi *W. m. Presse* w Nrze 22, operator lwowski Dr. Barącz na posiedzeniu Tow. lek. wiedeńskiego, odbytem w d. 27 b. m., miał wykład o zastąpieniu płytek kostnych Senna śród wykonania anastomoz jelitowych innym materyjałem, a więc o rzeczy, zamieszczonéj w dzisiejszym Numerze naszego pisma. — W następnym numerze ogłosimy przypadek, na który się Dr. B. powołuje w końcu niniejszéj rozprawki.

* W tygodniu 20-ym (od 15—21 maja było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 62, skonów 47, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 9, z dławca i błonicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 3, z duru brzusznego 2.

* **Warszawa.** Zamknięty od śmierci Dra Fritschego zakład hidropatyczny w Warszawie (Obożna 5), został ponownie otwarty w pierwszych dniach czerwca r. b. Zakład ten, odnowiony i przerobiony, prowadzić będą koll. H. Dobrzycki i A. Ciągliński; lekarzem miejscowym zaś będzie kol. Skowroński (*Gaz. Lek.* Nr. 22).

* **Wiadomości osobowe.** Stopień Dra w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jag. p. Edward Piotrowski, rodem z Tarnowa.

* **Zmarli:** W Kołomyi umarł Dr. Bolesław Mayzel, urodzony w r. 1864 w Krakowie i uczeń szkół krakowskich, fizyk i radny m. Kołomyi. Padł on ofiarą zawodu swego, zaraziwszy się tyfusem osutkowym. Gazeta tameczna żegna go w sposób bardzo pochlebny.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie lek.* Nr. 21: Czajkowskiego: O drobnoustrojach we krwi i wydzielinie śluzowéj nosa chorych na odrę; Rajchmana i Mintza: O znaczeniu kw. solnego w lecznictwie chorób żołądka; Szwajcera: O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w Warszawie w r. 1889 (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 21: Wisłockiego: Nowoczesne sposoby leczenia suchot płucnych; Grünbauma: Dwa przypadki ropnia podprzeponowego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. PAWIŃSKI (w Warszawie): O stósowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (odbitka z Gazety Lek. 1892) in 8-vo str. 54. — Dr. MAJKOWSKI (w Busku): Sprawozdanie lek. o chorych leczonych w Busku w r. 1891 (odbitka z Medycyny) in 8-vo str. 9. — Dr. ŁEPKOWSKI: Przyczynek do nauki o chemicznym składzie zębów (odb. z Nowin Lek. 1892) in 8-vo str. 7. — Tenże: O wpływie próchnicy zębów na ilość wapna zawartego w ślinie (odb. z Przeglądu Lek. 1892) in 8-vo str. 18 z tabl. — Dr. Leon WACHHOLZ: Bemerkungen ü. d. Chloroformnarcose [aus d. chir. Abtheil. des Prof. Dr. Obaliński in Krakau] (odb. z Langenbecka Archiwu XLIII, 2) in 8-vo str. 21. — Dr. Edw. ORŁOWSKI (w Warszawie): Ein experim. Beitrag z. Kenntniss d. Einwirkung d. Atropins auf d. Respiration, Dorpat 1891, in 8-vo str. 64. — Dr. Edw. DANIELEWICZ: O nadużywaniu alkoholu. Poznań 1892, in 8-vo str. 100. — Proff. KORCZYŃSKI i GLUZIŃSKI: Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzusznym (odb. z Nowin Lek. 1892) in 8-vo str. 8. — Dr. S. MINTZ (w Warszawie): Ueber d. Winter-Hayem'sche Methode (odbitka z D. med. Woch. 1891) in 8-vo str. 13. — Dr. A. SMIECHOWSKI: Ueber d. erste Auftreten d. Hämoglobins b. Hühnerembryonen. Dorpat 1892, in 8-vo str. 46. — Wydawn. dzieł lek. polskich w Krakowie seryi I. zeszyt 8: Dr. E. ROSENBLATT: Nowsze sposoby leczenia krztuśca (str. 27); zeszyt 9: Dr. L. ROSENBUSCH: O nawykowem zaparciu żywota (str. 21). — A. CHEŁMONSKI. Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych (odb. z Medycyny 1892) in 8-vo str. 3. — BOCQUILLON-LIMOUSIN: Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles, 3 edition, Paris J. B. Baillière et Fils 1892, in 8-vo str. 322. — Prof. A. PALTAUF: Die gerichtliche Medicin als Lehrgegenstand der Universität (odb. z Prager med. Wschrft. 1892) in 8-vo str. 14. — Sprawozdanie ze szpitala powszechnego w Rzeszowie za r. 1891, Rzeszów 1892, in 8-vo str. 29. — Dr. STANOWSKI (w Gdańsku): Ein Versuch die Ursache d. Ataxie bei Tabes dorsualis zu erklären (odb. z Intern. klin. Rundschau 1892 (in 8-vo str. 4).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się list otwarty Dra Głuchowskiego.

nowych zebrał. Przyczyną téj rzadkości jest niemożność zastąpienia w obec wielkich i częstość poronień w obec małych mięśniaków. Według Süsserotta w porodach powikłanych mięśniakami śmiertelność matek wynosi 53%, dzieci 66%. Na pytanie, w jaki sposób mięśniaki szkodliwie wpływają na przebieg ciąży i porodu, odpowiada H. w następujący sposób:

1) Mięśniaki sprowadzają często poronienie; 2) W czasie ciąży zdarzają się silne krwotoki, szczególniéj w obec łożyska przodującego; 3) Występują dolegliwości moczowe i stolcowe, podobnie jak w *Retroflexio uteri gravidi*. 4) W obec, lub skutkiem ciąży mogą mięśniaki pozrastać nadzwyczaj szybko tak, że macica przybiera ogromne rozmiary i wywołuje przez to objawy zastoju w krążeniu. 5) Guzy zmieniają kształt i ułożenie macicy, stając się przez to przyczyną nieprawidłowych położeń i ułożeń płodu, jako też wypadania kończyn lub pępowiny. 6) W razie umiejscowienia guza w trzonie macicy następują zboczenia w bólach, skurcze odbywają się nieprawidłowo, następuje osłabienie bólów, przeciąganie się porodu, a stąd obumieranie płodu i choroby matki przed rozwiązaniem. 7) Guzy, które wchodzą do miednicy małéj, zwężają kanał porodowy. 8) Insercyje guzów podśluzowych do jamy macicy sterczących mogą uledz naciągnięciu przez zmienione ułożenie części drobnych, a w następstwie tego guz może dobrowolnie w czasie lub po urodzeniu płodu wypaść. 9) W razie zamknięcia kanału rodnego przez guz zdarzają się pęknięcia macicy. 10) Często występują silne krwawienia, wśród usiłowań rozwiązania i śmiertelne krwotoki bezpośrednio po porodzie. 10) Spostrzegano zmiażdżenia i złamania kości czaszki, podobnie jak w przypadkach ścieśnionej miednicy. 12) Rozwiązanie drogą naturalną nieraz stało się niemożebnem, jeżeli guz wypełniał miednicę małą, a nie można go było odprowadzić. 13) W okresie poporodowym zdarzały się krwotoki śmiertelne; 14) Spostrzegano gorączkę połogową, która częściéj występowała skutkiem zakażenia ułatwionego przeciągającym się nad miarę porodem.

Na 147 przypadków zebranych przez Süsserota, 85 zakończono operacyją, z tych 20 kleszczami, 20 obrotem na nóżki, 21 razy wydobyto ręcznie łożysko, 12 razy wykonano cięcie cesarskie, poród przedwczesny wzniecono 8 razy. W 11 przypadkach udało się odprowadzić guz wśród porodu, a usunąć go 7 razy. Wymóżdżenie wykonano w 6, a wydobycie płodu hakiem w 1 przypadku.

Na 24 przypadków Stratza udało się w 11 przez odpowiednie postępowanie w czasie ciąży usunąć przeszkodę porodową. W 8 przypadkach wzniecono poród przedwczesny, 2 razy wykonano myomotomią z usunięciem ciężarnéj macicy, 1 raz zaś tak wyłuszczono guz, że następnie odbył się prawidłowy poród czasowy. — Żadna z matek nie umarła.

Z 13 rodzących, u których dopiero podczas porodu rozpoznano mięśniaka, umarło 7 t. j. 54%, 8 dzieci zostało przy życiu.

W dalszym ciągu opisuje autor przypadek, który obserwował wspólnie z Dr. Schefferem.

Wieloródka, poprzednie porody prawidłowe, koniec 5 ciąży. Bóle słabe z przestankami dłuższemi. Stan ten przed przybyciem H. trwał już 14 dni, a wody już przed kilku dniami odpłynęły, natomiast pokazywały się małe ilości krwi. Macica nadzwyczaj duża, sięga dnem do wyrostka mieczykowatego i do obu łuków żebrowych. Tętna płodowego brak. Ujście zewnętrzne zatkane twardą masą. Zdawało się początkowo, że łożysko przoduje, ale w obec małych krwawień przypuszczenie to okazało się mylnem. Mięsak zanadto rzadko spostrzegać się daje, a raka stanowczo wykluczyć można było, ponieważ miąższ był zupełnie niezajętym, więc pozostawał tylko mięśniak, co badanie drobnowidowe potwierdziło.

Przed przystąpieniem do operacyi Porry spróbował H. za pępowiną do pochwy wypadniętą dostać się do jamy macicy. Po zachloroformowaniu rodzącéj udało mu się chociaż z trudnością dojść aż do prawéj nóżki, poczem już dosyć gładko dał się wykonać obrót i wydobycie płodu nieżywego, zmacerowanego. Podczas pociągania płodu przerwała się pępowina. Krwawienie bardzo nieznaczne.

Ponieważ rodząca na podstawie wielkiéj objętości brzucha miała przekonanie, że jest ciąża bliźniacza, przeto dla przekonania się, czy niema drugiego płodu w macicy, wprowadził H. rękę po raz wtóry. Płodu nie było, ale natomiast zauważył operujący w ujściu zewnętrznem oddzielającą się część guza i tylko cienką szypułą z nim połączoną. Aby uniknąć następnego rozkładu téj części guza, do pochwy sterczącéj, wydobył go H. ręką, a gdy w to samo miejsce nasuwała się dalsza część i tę usunął. Przeświadczywszy się, że niema krwotoku, kawałkami wydobywał z wewnętrznéj powierzchni macicy łatwo dający się wyłuszczyć guz ważący 5 do 6 kilogramów. Ściana macicy okazała się po stronie prawéj bardzo cienką. Krwi odeszło koło 400 gr. Badając jeszcze wnętrze macicy, natrafił H. na odklejone łożysko, które wydobył. Macica skurczyła się, ale dnem wyżéj pępka sięgała. Wystrzykano jamę 3% roztworem kwasu karb. Połóg bardzo pomyślny, bez podniesienia ciepłoty.

Był to mięśniak podśluzowy, który w czasie zapłodnienia mały, wśród ciąży urósł do wielkich rozmiarów.

Skąpe krwawienie wśród zabiegu wyłuszczenia naprowadziło autora na myśl, że kurcze mięśnia macicy zatkały naczynia krwionośne, co pociągnęło za sobą stan maceracyi nowotworu i ułatwiło przez to jego wydobycie, którego w innych warunkach ręcznie nie możnaby dokonać. *(Berl. kl. Woch.* 1892 Nr. 6.) *Dr. Wł. Harajewicz.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. z d. 4 maja 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 35. Jako goście, koll. Dr. Klemens Dębicki ze Lwowa, Dr. Mieczysław Głuchowski z Nowego Sącza.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) a) Prezes zawiadamia członków o korzystnym przebiegu sprawy zmiany statutu, wskazując na to, iż sprawę można uważać za załatwioną; b) podaje następnie do wiadomości, iż komisyja słownikowa ma niedługo odbyć decydujące posiedzenie.

3) Koll. Dr. Teofil Torczyński i Dr. Bronisław Kozłowski zostali na wniosek komitetu jednogłośnie wybrani członkami czynnymi Tow. lek.

4) Kol. prof. Pieniążek przedstawia chorego po wykonanej operacyi usunięcia nowotworu chrząstki nagłośniowej.

Celem usunięcia nowotworu użył prelegent zabiegu, który jest znany jako laryngotomia subhyoidea modo Malgaigne-Langenbeck kombinując takowy z laryngofissurą, którą to operacyę wykonywano dotychczas w tych przypadkach, gdzie górna część nagłośni była nowotworem zajęta. Chorego karmiono z początku sondą — potem jednak jadł już i pił bez zachłystywania się, co utwierdza prelegenta w przekonaniu, że nagłośnia nie jest koniecznie potrzebną do łykania o tyle, że stanowi ona tylko dodatkowy a raczej zapasowy wentyl pomocny dopiero wtedy, gdy prawdziwy mechanizm, t. j. więzadła prawdziwe i fałszywe, nie dopisze.

W dyskusyi omawia kol. Obaliński wskazania do téj operacyi i wynik jéj w niniejszym przypadku. Metoda ta upadła po wprowadzeniu lepszych a dzisiaj wskazana ona jest tylko przy nowotworach nagłośni, przy ciałach obcych nie ma racyi, gdyż ciało obce usadowione jest albo wyżej a wtedy operacyja jest nie potrzebna lub niżej a wtedy nie wystarcza, jak to miało miejsce w przypadku Bryka, gdzie wydobyto następnie ciało obce przez esofagotomię. Co do wyniku to można mimo niekorzystnych warunków dla operacyi nazwać go świetnym, gdyż chory pozbył się bólów i może bez zachłystywania się odżywiać.

5) Kol. prof. Jakubowski okazuje najnowszy przyrząd Soxhleta do wyjaławiania mleka przy sztucznem karmieniu dzieci. Prelegent omawia pokrótce dotychczasowe usiłowania i postępy nauki, dążące do tego, aby dostarczyć dziecku dobrego mleka

w tych przypadkach, gdzie pierś musi być zastąpiona mlekiem krowiem. Sposoby polegające na rozcieńczaniu mleka odpowiednio do wieku dziecka lub zastępowaniu mleka mięszanką śmietankową Biederta są niewystarczające, gdyż szkodliwość największą mleka stanowią mikroorganizmy, które dostawszy się z powietrza sprowadzają zwłaszcza w miesiącach cieplejszych fermentacye, działające szkodliwie na przewód pokarmowy dziecka. Tej szkodliwości zapobiegają przyrządy do wyjaławiania mleka, a najlepiej celowi odpowiada, a za tem najpraktyczniejszy jest najnowszy przyrząd Soxhleta. Zalety jego są następujące: mleko się nie zagęszcza, temperatura jest jednostajnie rozłożona, we flaszeczkach jest już porcya jednodniowa; wadę, iż około korka nagromadza się mleko przy gotowaniu usuwa najnowsze ulepszenie, polegające na zastósowaniu płytek gumowych. Opierając się na własnych spostrzeżeniach, czynionych w Szpitalu św. Ludwika uważa prelegent przyrząd ten za bardzo praktyczny a sposób wykonania łatwy — mleko we flaszeczce przez 2 dni wyjaławiane może być według zapewnień Soxhleta utrzymywane przez 4 miesiące w stanie niezmienionym. Wyniki badania bakteryjologicznego mleka sterylizowanego w tym przyrządzie w różnych okresach czasu przedstawia kol. Ponikło i okazuje sześć płyt żelatynowych po zmięszaniu z 1 lub 0·5 ccm. mleka. Płyta wylana z mlekiem sterylizowanem po upływie jednego i dwu tygodni jest zupełnie jałową, płyty żelatynowe z mlekiem po upływie dłuższego czasu wykazują po 2 kolonie mikroorganizmów nie rozpuszczających żelatyny; dla porównania zmięszano żelatynę z 1 kroplą mleka wziętego wprost z mleczarni, poczem ogromna ilość kolonij wyrosła.

W dyskusyi zabiera głos kol. Walentowicz i stwierdza na wstępie, że dla ocenienia sposobów uwolnienia mleka od szkodliwości ważną rzeczą jest uwzględnić, iż domieszki trujące mleka dają się podzielić na dwa działy, pierwszy stanowią trucizny w ścisłem znaczeniu, jak z mineralnych Arsen, Antymon, Ołów lub z roślinych Colchicyna, Belladona, Helleboryna i. t. p. Na te trucizny sterylizowanie nie ma żadnego wpływu. Drugi dział trujących domieszek stanowią mikroorganizmy Wąglika, Perlicy, Zarazy pyskowej i t. p. Mleko takie nie okazuje zmian ani w składzie fizycznym ani chemicznym a przeszczepione wywołuje Stomatitis aphtosa. Mówca zaznacza, że sterylizowanie w tych przypadkach może mieć racyę bytu ale tylko pod tym warunkiem, że jest uskutecznione zaraz po wydojeniu, tj. zanim się wytworzą odpowiednie toksyny, których przez sterylizowanie nie usuniemy. Przy perlicy jednak sterylizowanie nie wiele zdziała, gdyż nie zniszczy zarodników prątków tuberkulicznych; w tym więc razie ważną jest rzeczą badanie krów w kierunku perlicy. Wielkie w tym względzie usługi zaczyna oddawać w Niemczech tuberkulina Kocha, która wstrzyknięta zwierzętom perliczym wywołuje u nich reakcyę i wykazuje obecność zmian perliczych, których żadnemi innemi sposobami badania wykazać nie było można. W Saksonii 35% krów nie oddziaływało na wstrzyknięcie tuberkuliny.

Kol. Kryński jest za wykonywaniem sterylizacyi cząstkowej, radzi więc ogrzewać mleko do niższej ciepłoty aniżeli to ma miejsce w przyrządzie Soxhleta, ale kilka razy je powtórzyć. Taka sterylizacya cząstkowa jest bardzo skuteczną przy mikroorganizmach ropnych.

Kol. Surzycki uznaje praktyczność przyrządu Soxhleta, o czem zresztą mógł się przekonać u siebie w domu; wspomina o oborach wzorowych przez komisyę przemysłową Tow. lek. polecanych; co do perlicy powątpiewa, czy sterelizowanie nie usuwa w istocie jadu perliczego.

Kol. Opieński zwraca uwagę na tę okoliczność, że sterylizowanie ma na celu usunięcie nietylko mikroorganizmów chorobotwórczych przez kol. Walentowicza wymienionych, ale i licznych saprofytów z powietrza, które przez wytwarzanie fermentacyi mogą się stać żrodłem chorób żołądka i kiszek u dziecka.

Kol. Walentowicz zastrzega się przeciw temu, jakoby był przeciwnikiem sterylizacyi, żąda tylko, aby ona była wykonywana zaraz po wydojeniu. Co do wątpliwości poruszonych przez kol. Surzyckiego wyjaśnia, iż Baum w Berlinie zebrał swoje spostrzeżenia wykazujące, iż mleko krów perliczych mimo sterylizowania było szkodliwe.

Kol. Ponikło zwraca uwagę, że toksalbuminy ciała białkowate w skład bakteryj wchodzące również przez sterylizowanie mogą być zniszczone, gdyż nie opierają się ciepłocie niższej jak 100° a wyższej jak 70°C. Mówca uważa przerywane sterylizowanie nawet przy perlicy za jedynie uzasadnione ze stanowiska umiejętności, ze względów jednak praktycznych jest sterelizowanie w przyrządzie najnowszym Soxhleta wystarczające.

Kol. prof. Jakubowski stwierdza że Soxhlet sam poleca, aby mleko takie 2 lub 3 razy gotowano; zaznacza również, że przyrząd ze względu na swą taniość i prostotę zasługuje na zupełne uznanie.

Kol. prof. Domański zwraca uwagę na to, że umiejętność musi się liczyć ze względami praktycznemi, gdyż zbyt wysokie wymagania hygieniczne mogą odnieść zły skutek, mianowicie ten, że ludność nic nie będzie robiła.

6) Koll. proff. Browicz i Obaliński okazują preparaty mikroskopowe nowotworu z przypadku prof. Obalinskiego wyjaśniając, iż nowotwór ten jest z wszelką pewnością mięsakiem.

7) Kol. Piątkowski zdał sprawę ze swoich dotychczasowych doświadczeń nad stósowaniem benzosolu w cukrówce, wykonywanych w klinice prof. Korczyńskiego. W 5 przypadkach cukrówki obniżył prelegent za pomocą tego środka ilość wydzielającego się cukru.

Kol. Surzycki stwierdza, iż doświadczeń jest jeszcze za mało, aby można z nich pewne wnioski wysnuć; zresztą spostrzeżenia prelegenta nie wykluczają tej możebności, że sama dyeta mięsna obniżyłaby do tego samego stopnia ilość cukru.

Kol. Piątkowski odpowiada, iż u chorego Golabergera stósował wyłącznie dyetę mięsną, która jednak nie odniosła żadnego skutku a ilość cukru zmniejszyła się dopiero po benzosolu.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

VI. II. Zjazd lekarzy powiatowych we Lwowie.

Napisał

Dr. Ferdynand Obtułowicz,

c. k. lekarz powiatowy we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 22).

Następnie protomedyk Dr. Merunowicz treściwie, a przecież wyczerpująco, przedstawił brak szpitali w naszym kraju, stawiając za przykład Bawaryję, która choć nieco mniejsza niż Galicyja, ma sześć razy więcej szpitali i to szpitali mniejszych, mieszczących w sobie 10—50 łóżek. Wykazawszy korzyści z tak gęsto po kraju rozrzuconych szpitali, zachęcał prelegent zgromadzonych lekarzy powiatowych do użycia całego wpływu, aby w każdym zakątku kraju naszego stawiano szpitale, odpowiadające wymogom hygijeny, lecz z taniego materyjału, stosownie do zasobów pieniężnych, choćby drewniane, w których koszt jednego łóżka zaledwie 200 złr. w. a. wynosi, podczas gdy na jedno łóżko w szpitalach murowanych przypada blizko 8 razy większa kwota (1500 złr.).

I po tym odczycie wywiązała się nader ożywiona dyskusyja, która wykazała, że na dobrych chęciach w kraju naszym nie zbywa i że wkrótce może coraz to nowe szpitale, większe lub mniejsze, będą zaspokajały potrzeby biednéj ludności.

Największym szkopulem, o który zazwyczaj rozbijają się najlepsze chęci, bywa brak dostateczny funduszów i to nie tyle na budowę szpitalika lub przytuliska dla chorych, ile raczéj na utrzymanie chorych, którzy nie mogą opłacać taks szpitalnych Pod tym względem znów zagranica może nam przyświecać dobrym przykładem, tam bowiem prócz dobrowolnych, a częstokroć hojnych ofiar, także opłaty wnoszone przez służbodawców, aby na przypadek choroby służba ich w szpitalikach doznawała odpowiedniéj opieki lekarskiéj, stanowią zazwyczaj podwalinę budżetu szpitalnego. I w kraju naszym subwencyje dawane rok rocznie przez Rady powiatowe, odstępowanie kar pieniężnych, jakie sądy przesyłają urzędom gminnym na ubogich miejscowych, a które zwykle bywają niepotrzebnie roztrwaniane, mogłyby stanowić pod

szczają chory ustrój i dopiero gdy narząd moczowy skutkiem innych czynników przestaje należycie funkcyjonować, powstają dalsze zmiany przez bakteryje wywołane.

Z własnych badań przytacza autor 4 przypadki następczego zapalenia nerek: 1) *pyelonephritis calculosa*, 2) *nephritis scarlatinosa*, 3) *nephritis* wikłająca dławcowe zapalenie płuc, 4) *nephritis* powstała w przebiegu zwykłéj *laryngitis catarrhalis*. W 1-ym i 2-im przypadku otrzymał autor z moczu krótkie laseczki z otoczką, niekiedy w dłuższe szeregi poukładane, a zaznacza tu tę okoliczność, że z chwilą ukazania się znacznéj ilości tych bakteryj w moczu ustąpiły objawy mocznicowe, z czego wnosi, że nagromadzone w ustroju, czy one same, czy też wytworzone przez nie trujące istoty wywoływały mocznicę. Daléj wspomina autor o przypadku skarlatynowego zapalenia nerek z zejściem śmiertelnem, gdzie do samego końca życia objawy mocznicy nie wystąpiły; badania bakteryjologicznego moczu w przypadku tym nie przedsiębrał, wnosi jednak, że nie wszystkie, może tylko pewien rodzaj bakteryj wywołuje mocznicę. — W przypadku 3-im badanie moczu nie wykryło obecności żadnych bakteryj; w 4-ym zauważył autor prócz małych, jakby prążkowanych laseczek, znajdujących się wewnątrz komórek przybłonkowych jeszcze drugi rodzaj znacznie dłuższych laseczników i luźne gromadki mikrokoków.

Podobnie i w naczyniach nerkowych znaleziono w *nephritis variolosa*, w zapaleniu nerek powstałem po durze, żółtéj febrze i wśród gośćca stawowego kilka gatunków bakteryj, zamykających zupełnie światło naczyń.

Do przypadków pierwotnego zapalenia nerek, opisanych przez Bambergera, Babesa, Ziemackiego i kilku innych, dodaje dwa własne spostrzeżenia, gdzie badanie wykazywało w moczu dużą ilość krótkich laseczek.

Na podstawie tych badań tłómaczą autorowie różne postacie i nasilenia sprawy chorobowéj w nerkach, zależnie od rodzaju bakteryj, które ją wywołują, od szybkości, z jaką się rozwijają i od mniejszéj lub większéj ilości tychże. I tak mogą one wywoływać cały szereg zmian w przybłonkach kanalików nerkowych i naczyń krwionośnych, począwszy od przekrwienia aż do zupełnego obumarcia i zniszczenia, a zatykając światło tychże wywołują bezmocz i mocznicę. (*Medycyna* Nr. 5—7, 1892). *Dr. L. Korczyński.*

C a n o n i P i e l i c k e (Berlin): **Prątki odry.**

C. i P. donoszą, iż badając krew 14 chorych na odrę, znachodzili stale we wszystkich przypadkach prątki, które autorowie uważają za osobny rodzaj bakteryj, będących przyczyną odry. Wspomniane prątki mają znachodzić się we krwi chorych na odrę przez cały czas trwania gorączki, najliczniéj zjawiają się przed spadkiem podwyższonéj ciepłoty, więc około 6-go dnia, w jednym zaś przypadku znaleziono je jeszcze w 3 dni po przesileniu gorączki. Późniéj prątków nie znachodzono. Ugrupowanie mikroskopowe prątków odry nie przedstawia nic charakterystycznego. Występują bądź pojedynczo rozsiane, bądź w grupy (8—10) ułożone. Barwią się w przeciągu 5—20 g. przy 37° C. roztczynem eozyny z błękitem metylenowym na niebiesko (zgęszczonego roztczynu wodnego błękitu metylenowego 40 cz., 0·25% roztczynu alkoholowego 20 cz., wody przekroplonéj 40 części), a zabarwienie to jest bądź jednostajne, bądź też silniejsze na końcach prątka, podczas gdy część środkowa takowego zostaje jaśniejszą, niekiedy nawet barwią się tylko jéj brzegi, a sam środek jest bezbarwnym. Wielkość prątków nie jest stałą, bo gdy długość jednych równa się promieniowi ciałka czerwonego krwi, to inne występują w postaci diplokoków lub diplobacylów. Prócz postaci wymienionych widzieli autorowie prątki, znacznie długością swą promień czerwonego ciałka krwi przewyższające i te znachodzono tylko pod koniec gorączki, więc około 6-go dnia choroby. Ostatnie postacie wspomnianego prątka odry barwią się o tyle od innych odmiennie, że okazują miejsca zabarwione naprzemian z bezbarwnemi. Szczepienie prątków na agar glicerynowy, surowicę krwi i mleko (niewieście) dokonane przez przeniesienie kilku kropel krwi próbnéj na jedną z wymienionych pożywek, dało wyniki ujemne; natomiast zdołali C. i P. w trzech przypadkach otrzymać czyste hodowle na bulionie. Bulion w pierwszych dniach pozostawał czystym, późniéj lekko mętniał, a w ten sposób wyhodowane prątki równały się bakteryjom w próbach krwi obserwowanym, przyczem miały okazywać ślady ruchów własnych. Wtórorzędne szczepienia pozostawały bez skutku. Tak więc prątki C. i P., które prócz we krwi mają znachodzić się także w wydzielinie nosa i spojówki dotkniętych chorobą, różnią się od opisywanych dotychczas bakteryj w przebiegu odry, przypominają natomiast formę obserwowaną przez Babesa we krwi również z tą różnicą, że Babes znachodził tylko koki (*microbes rond*). (*Berl. kl. Wschrft.* 1892 Nr. 16). *Dr. St. Kwiatkowski.*

Chirurgija.

R e n a u d (Paryż): **Nowy przyrząd do narkozy chloroformowéj.**

R. doświadczywszy niedogodności najprostszych przyrządów do narkozy chloroformowéj służących, tj. zwykléj trąbki (*le cornet*) lub kompresu zwilżanych kroplami chloroformu, ulepszył przyrząd swego nauczyciela M. Rediera z Lille. Rozchodziło się tu głównie o umożliwienie ścisłego dozowania i obliczenia zużytéj ilości chloroformu. Przyrząd składa się ze zbiornika na chloroform i z urządzenia dozwalającego lekarzowi regulowanie dowolne ilości spływającego na zwykłą maskę chloroformu. R. nie tai jednak obawy, że i jego przyrząd znajdzie mało uznania ze względu na prostotę i poręczność zwykle używanego sposobu. (*Gaz. médic. de Paris.* 1892. Nr. 11.) *Dr. Wachholz.*

Choroby oczne.

L. C a s p a r: **O złośliwych nowotworach natury przybłonkowéj rąbka spojówkowego.**

Wśród złośliwych nowotworów rąbka spojówkowego rozróżniamy dwa rodzaje: nowotwory barwikowe i bez barwiku. Z pierwszych częstszym jest *melano sarcoma*, rzadszem *melano-carcinoma*. W obu razach wcześnie wykonane wyłuszczenie oka daje rękojmię zupełnego wyleczenia podczas gdy po usunięciu tylko samego nowotworu prawie zawsze przychodzi do recydywy. Z pomiędzy złośliwych nowotworów nie barwikowych spotykamy chociaż rzadko na rąbku spojówkowym *papilloma* i *carcinoma*. Jakkolwiek oba te rodzaje mają pewne cechy wspólne, jak np. występowanie w wieku późniéjszym (chociaż nie bez wyjątków) i naturę złośliwą, to i tak a mianowicie pod tym ostatnim względem występuje między niemi wybitna różnica. I tak, podczas gdy *papilloma* ma więcéj skłonności do miejscowych recydyw, *carcinoma* daleko częściéj uogólnia się w ustroju przez przerzuty. Najwybitniéj jednak różnią się od siebie pod względem anatomo-patologicznym. *Papilloma* ma budowę brodawek złożonéj, jak to widzieć można na przekroju pionowym z unaczynionych czopków tkanki łącznéj (*Bindegewebszapfen*), kilku warstwami komórek przybłonkowych pokrytych, z utkania rąbka spojówkowego wyrastających. Brodawki te oddzielone są od siebie dość głębokiemi bruzdami. Podstawę nowotworu stanowi wiotkie, unaczynione podścielisko łącznotkankowe, zlewające się bezpośrednio z tkanką przyczepiającą spojówkę do granicy twardówkowo-rogówkowéj i co najważniejsza, że nigdzie nie wnikają wgłąb bujające czopki przybłonkowe. Klinicznie przedstawia *papilloma* szaro czerwonawe ciało obficie unaczynione, nieco przeświecające płaskie, o powierzchni ziarnistéj, które wychodzi z *limbus* i głównie na rogówce się rozprzestrzenia. W przeciwnym kierunku poza *limbus* nie sięga daleko, gubiąc się zazwyczaj bez wyraźnéj granicy w spojówce gałkowéj. O ile nie okazuje nowotwór ten tendencyi do szerzenia się w głąb gałki, o tyle nawet po najdokładniejszem wyłuszczeniu, połączonem z wypaleniem dna rany, prawie zawsze w tem samem miejscu powraca. Jakkolwiek *papilloma* w początkowym okresie rozwoju może okazywać niejakie podobieństwo do pryszczyka w *conjunctivitis phlyctänulosa*, to już kilkodniowa obserwacyja do odróżnienia wystarczy. Twory zaś powstające w zapaleniu wiosennem rąbka spojówkowego (*conj. vernalis*), za które *papilloma* początkujące możnaby

uważać, odróżniają się gładką powierzchnią, charakterystycznemi zmianami na spojówce powiekowéj oraz obustronnem i symetrycznem występowaniem.

Punktem wyjścia raka rąbka spojówkowego jest przybłonek *limbi*, który nierzadko już w prawidłowych stosunkach wysyła w głąb wypustki. Anatomicznie składa się z siatki tkanki łącznéj, któréj oba wypełnione są dużemi komórkami przybłonkowemi, tworzącemi twory cebulaste i często w środku takiego czopka zrogowaciałemi. Nowotwór szerzy się we wszystkich kierunkach, przeważnie na powierzchni twardówki ku równikowi gałki, przerasta spojówkę i *capsula Tenoni*, a przebiwszy się na granicy między rogówką a twardówką, dostaje się do wnętrza oka, przechodzi na ciałko rzęskowe, tęczówkę i t. d.; wnika też, lubo rzadziéj, między pojedyncze warstwy rogówki. Jakkolwiek *carcinoma* na *limbus* o wiele rzadziéj występuje niż *papilloma*, to rozpoznanie li tylko z objawów klinicznych bez pomocy mikroskopu może nastręczać pewne trudności, ale tylko w początkowym okresie. Późniéj rozpoznanie o wiele jest łatwiejszem, gdyż *carcinoma* w przeciwieństwie do *papilloma* przedstawia się jako ciało kuliste, silniéj wystające, szerzy się raczéj na twardówkę niż rogówkę, powierzchnię ma gładką, dopóki pokrywająca go spojówka nie ulegnie owrzodzeniu, w tym bowiem razie spojówki już odróżnić nie można, a po usunięciu mas nekrotycznych sp strzega się siatkę delikatną szarych włókien, w któréj przestworach wyraźnie można czopki rakowate rozpoznać. Także bóle, których brak w obec *papilloma*, są tu bardzo silne. Rak nadto rośnie szybko i sprowadza przerzuty. Że nowotwór przebił się do wnętrza gałki, każe się tego nieraz ograniczone wypuklenie tęczówki domyślać, czasami uda się nawet brzeg nowotworu spostrzedz w przedniéj komórce lub poza tęczówką.

Leczenie *pupilloma malignum* polega na jak najwcześniejszem odcięciu z następowem wypaleniem całéj podstawy nowotworu, a jakkolwiek nie chroni to od recydywy, to jednak przez ponowne operacyje dadzą się one wreszcie powstrzymać. Przeciwnie *carcinoma* wymaga wyłuszczenia gałki, chociażby jeszcze nowotwór do wnętrza nie przebił rię i wzrok był utrzymany, bo wszelkie próby usunięcia raka samego z oszczędzeniem oka mogą stać się niebezpiecznemi ze względu na recydywy, które wreszcie i tak zmuszą do tego zabiegu.

Na zakończenie przytacza autor nader charakterystyczny przypadek raka rąbka spojówkowego, obserwowany i wyleczony przez wyłuszczenie gałki ocznéj w klinice okulistycznéj w Bonn. *(Arch. f. Augenheilk.* 1892. *B. XXIV. H.* 3.). *Dr. Langie.*

Choroby kobiece.

H e i t z m a n n: **O pękaniu błony śluzowéj pęcherza moczowego u kobiet.**

Jedna z ważnych przyczyn nieżytu pęcherza u kobiet jest *cystocele* wywołana przez częściowe wypadnięcie przedniéj ściany pochwy. W tem zagłębieniu woreczkowem gromadzi się mocz stale a ponieważ pęcherz w stanie tym traci sprężystość, ilość ta nie zostaje na zewnątrz wydaloną, a rozkładając się staje się powodem nieżytu. Nieżyt ten nie przybiera cechy ostrego, albowiem przyczyna powoli się wytwarza, błona śluzowa jednakowoż przechodzi wszystkie fazy zmian, jakie nieżytowi pęcherza są właściwe. Z powodu utraty częściowéj przybłonka przychodzi do pęknięć błony śluzowéj. W fisurach tych tworzą się inkrustacye kryształków moczowych, które podtrzymują drażnienie wywołując miejscowe i ogólne objawy: Silne parcie na mocz, bóle kłujące i skrzepy krwi w moczu, spółkowanie bolesne. Badanie palcem przez pochwę wykazuje bolesność niektórych punktów ściany przedniéj. Do ogólnych objawów zaliczyć należy osłabienie, często dreszczyki i podrażnienie całego układu nerwowego. Zupełnie pewne rozpoznanie oprzeć można tylko na badaniu za pomocą endoskopu. Endoskopowanie cewki i pęcherza u kobiet jest rękoczynem łatwym. W obrazie wziernikowym wspomniane fisury przedstawiają się jako linije ciemno czerwone. Jeżeli dotknięcie linii takiéj endoskopem sprawia silny ból, to można być pewnym rozpoznania. Pod względem etyologicznym przypuszczać należy, że i zakażenie tryprowe, jakoteż uraz w postaci nieumiejętnie i niezgrabnie wprowadzonych kateterów a nawet krążków, mogą fisury takie sprowadzić. Pierwszym warunkiem leczniczym jest usunięcie wypuklenia pochwy za pomocą stosownego krążka. Następnie przystępujemy do leczenia pęcherza przestrzykiwaniami, a kiedy pęcherz stał się mniej czuły, wtedy leczymy fisury miejscowe w ten sposób, iż palcem ręki lewej wyszukujemy punkt bolesny w przedniéj ścianie pochwy, a ręką prawą przez cewkę wprowadzamy szczypczyki opatrzone tamponikiem waty w roztworze siarkanu cynkowego lub azotanu srebrowego zamaczanéj. Szczypczyki kierujemy ku miejscu bolesnemu, które tamponikiem nabieramy. Kilkorazowe takie tuszowanie wystarcza do wyleczenia fisury. *(Ctrbl. f. d. g. Th.* Luty 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby skórne i weneryczne.

H a r m s e n: **Przyczynek do rozpoznawania kiły w mózgu.**

Brak licznych kazuistycznych spostrzeżeń, na co szczególnie Naunyn zwrócił uwagę, ze względu na rokowanie kiły w mózgu, skłonił Harmsena do ogłoszenia dziewięciu przypadków, które obserwowano przez 1—2 lat w klinice chorób nerwowych w Charité. Główne przypady w przeważającéj liczbie, polegały na bólu głowy, wymiotach i zawrocie głowy; w niektórych przypadkach występowały porażenia nerwu twarzowego i okoruchowego, bezmowność i porażenie połowicze. W jednym przypadku pojawiły się, po kilkoletniem zakażeniu, pragnienie nadmierne i moczówka po których wkrótce ciężkie objawy mózgowe wystąpiły. W innym przypadku zastanawiało to, że już w dwa lata po zakażeniu kiłowem, oprócz bólów w krzyżach, stawach i w głowie, pojawiły się zaburzenia umysłowe i wymioty. Prawie wszyscy chorzy odzyskali zdrowie po przeprowadzeniu dokładnego, przeciwkiłowego leczenia; najwyraźniejszy skutek okazał się w tym przypadku, w którym chory nigdy przedtem nie przebywał leczenia rtęciowego. Wypada zwrócić baczną uwagę i na tę okoliczność, iż często chwilowe zboczenie w oddziaływaniu źrenicy, może być pierwszym i jedynym cennym objawem kiły w mózgu, jak o tem już dawniéj Oppenheim wspominał. *(Arch. f. Dermat. und Syph.* 1892). *Dr. Skobel.*

Dr. J o s e p h (Berlin) **Przypadek Hypertrichosis u dziecka.**

Przypadek tyczy się dziecka, które od $1\frac{1}{2}$ roku pozostaje pod opieką autora. Dziecko nadzwyczaj silnie rozwinięte, porost głowy bujny nadmiernie (10—12 ctm.). Szyja, grzbiet, piersi, większa część lewego ramienia, mniejsza prawego przedramienia zajęta pokładem czarnego barwika o bujnym poroście włosa (*Naevus piliferus pigmentosus*), na reszcie ciała liczne rozsiane małe wysepki barwikowe włosem porosłe. Miejsca te ograniczają się ostro od skóry prawidłowéj. Kierunek włosów odpowiadał linijom Esricht Voigta, t. j. linijom oznaczającym kierunek włókien skóry, a za tem jest ten sam co drobnych włosów na skórze prawidłowéj. Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka okazało, że pokład komórek barwikowych znajdował się w *rete Malpighi*. Naczynia były zupełnie prawidłowe, a otoczenia ich wolne od złogów barwikowych. Właściwa warstwa skóry była zasiana dużemi komórkami wrzecionowatemi o wielkich jądrach i czyniła wrażenie utkania mięsakowego. Tego nacieku komórkowego nie znajdujemy według Demiérilla w przypadkach *Hypertrichosis* bez barwika. Leczenie w obec tak szeroko rozpostartéj zmiany jest prawie niemożebne, autor jednak postanowił ze względów kosmetycznych uwolnić przynajmniéj twarz od kilku ognisk barwikowych i w tym celu niszczył je za pomocą elektrolizy. Leczenie postępuje bardzo powoli i jest bolesne. Udało się jednak barwik zniszczyć, a na miejsce jego powstały liczne ale drobne blizenki. *(Brl. kl. Wschft.* Nr. 8, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Położnictwo.

H ü t e r (Marburg): **Mięśniak macicy jako przeszkoda w porodzie.**

Na dowód rzadkości tych przypadków przytacza H. statystykę Süsserotta, który do r. 1870 zebrał 147 przypadków podobnych, podczas gdy Stratz do 1880 jeszcze 24

krztuszenia szukać należy albo w zwiększonéj pobudliwości do kaszlu lub założeniu mniejszéj rurki aniżeli odpowiada wiekowi dziecka, wreszcie (Escherich[1]) w zwiększeniu się światła tchawicy, gdy obrzęk błony śluzowéj się zmniejszy a błony się oddzielą. Wykrztuszanie takie u jednego i tego samego dziecka zdarzyć się może i kilka razy na dobę i o tyle jest nieprzyjemnem powikłaniem, że wymaga obecności lekarza umiejącego tubus wprowadzić. Zbyt częste wykrztuszanie rurki uważają niektórzy, jeżeli założenie następnego grubszego Nru nie zapobieże temu, jako wskazanie do następowéj tracheotomii (Ranke, Wiederhofer).

2) Połknięcie rurki, jeżeli ma się zapas odpowiedni, nie ma żadnego znaczenia, gdyż ta po dniach paru przechodzi przez przewód pokarmowy (Ranke 3 razy, Wiederhofer 2, Gottfried 2), a zdarzyć się może albo po nieumiejętnem wprowadzeniu do połyku i przedwczesnem usunięciu nitki (2 przypadki Gottfrieda[2])) lub też po wykrztuszeniu. U nas, mimo iż wykrztuszanie zdarzalo się kilkanaście razy, téj komplikacyi nigdy nie było.

3) Ze zdaniem Rankego, jakoby po wybraniu wiekowi odpowiedniéj rurki, ta do tchawicy wpaść nie mogła, zgodzić się nie mogę. W jednym naszym przypadku, wprawdzie dotyczy to choréj metodą tą leczonéj z powodu zwężenia tchawicy potracheotomijnego, wpadł tubus przeznaczony dla dziecka 12 letniego, a założony u 7-letniego. Rzecz tę również opisuje Wiederhofer u dziecka 19 miesięcy liczącego, które miało założony Nr. 6 tubusa. W przypadku takim tylko natychmiastowa tracheotomija coś pomódz jest w stanie.

4) Jednym z głównych zarzutów wreszcie, które przeciwnicy intubacyi podnoszą, jest utrudnione karmienie dzieci skutkiem zachłystywania się, a tem samem możliwość rozwinięcia się zapalenia płuc zachłystowego. Utrudnienie karmienia istnieje zazwyczaj tylko przy założonym tubusie, a z chwilą wyjęcia tegoż w zupełności ustaje. W dwóch naszych przypadkach, dotyczących dzieci poniżéj 2 lat, utrzymywało się jednak, choć w znacznie mniejszym stopniu, jeszcze dni kilka po ostatecznem wyjęciu rurki. Aby temu zapobiedz polecają podawanie dzieciom tylko gęstych pokarmów, karmienie sondą lub lewatywami, karmienie tylko w międzyczasie, gdy rurka jest wyjętą. O'Dwyer radzi dzieciom pić szybko, wstrzymując się od kaszlu, a dopiero po skończonem piciu wykrztusić płyn, który się dostał do tchawicy. Waxham opatrzył tubusy sztuczną nakrywką głosową, rzecz, która okazała się niepraktyczną, a obecnie poleca karmić dzieci ze zwieszoną w tył głową. Jeżeli jednak zachłystywanie prawie u każdego dziecka intubowanego zdarza się, to bardzo rzadko tylko dochodzi do tego stopnia, aby aż do sztucznych sposobów karmienia uciekać się należało. Uderzającem przytem jest, że właśnie przy pierwszych próbach intubacyi było ono większem niż przy następnych, więc z większą wprawą wykonywanych. Wreszcie w intubacyjach z innego powodu wykonanych, 3 przypadki Rankego, 4 Muralla, nasze 2 (z powodu zwężenia krtani po tracheotomii), nigdy trudności przy piciu nie było. Istnieje tu pewna analogija do zakrztuszania się dzieci tracheotomowanych w pierwszych dniach 8.

Jak w tracheotomii tak i w intubacyi przyczyn zachłystywania szukać należy nie w porażeniach dyfterytycznych, gdyż te znacznie później występują, lecz w bezpośredniéj alteracyi mięśni połykowych i zamykających głośnię, w tracheotomii sprowadzonych przez sprawę dyfterytyczną, w intubacyi obok dyfteryi przez samo wprowadzenie tubusa. To tylko tłómaczyć może znaczne utrudnienie jedzenia w pierwszych intubacyjach, gdy w późniejszych szybciéj i zręczniéj robionych, gdy więc i alteracyja mniejszą była, zbytniego utrudnienia niema. Nie tubus więc wywołuje zachłystywanie się, lecz niedostateczna funkcyja mięśni, częścią samą chorobą, częścią zaś rękoczynem wywolana. Jeżeli jednak zachłystywanie się ma miejsce, to zachodzi istotna obawa częstego powstawania zapaleń płuc zachłystowych. Tymczasem przeglądając sprawozdania różnych autorów, nigdzie z tą formą zapalenia nie spotykamy się, a jeden przypadek Thierscha, o którym wspomina Ganghofner, gdzie obok zapalenia płuc znaleziono ognisko zgorzelinowe, dotyczący dziecka po intubacyi tracheotomowanego, gdzie rana uległa zakażeniu dyfterytycznemu z następowym rozpadem tejże, snadniéj aspirowaniu cząstek z rany przypisaćby można.

Escherich wspomina, że nawet cząstek pokarmu nie dało się nigdy odnaleść przy sekcyi w drogach oddechowych, a toż samo potwierdzają i spostrzeżenia w naszéj klinice robione, gdzie tylko w kilku pierwszych przypadkach ze znacznem utrudnieniem przy jedzeniu uciekałem się do karmienia sondą. Obecnie postępujemy w ten sposób, że dziecko karmi się pokarmami gęstszemi i to tylko 3—4 razy na dobę, polecając po każdem jedzeniu natychmiastową inhalacyję dla wykrztuszenia cząstek, któreby do oskrzeli wpaść mogły, zresztą korzystamy też i z międzyczasu po wyjęciu tubusa.

Natomiast ogniskowe lub płatowe zapalenie płuc, jak wreszcie krupowe zapalenie oskrzeli, zdarzają się po intubacyi często, podobnie jak to ma miejsce i po tracheotomii.

Jaki jest jednak stosunek zapaleń płuc po intubacyi i tracheotomii, czy po pierwszéj częściéj się zdarzają i w jakim stosunku stoi intubacyja do tego powiklania, kwestyja ta, mimo poruszenia jéj na obu kongresach lekarzy niemieckich, dotychczas nie jest załatwioną, a różni autorowie różne zdania w téj sprawie wypowiadają.

O'Dwyer sam nie widzi częstszych zapaleń płuc po intubacyi niż po tracheotomi; Wiederhofer, który w rozprawie swojéj[1]) obszerniéj się tą sprawą zajmuje, mimo że zapalenie płuc często po intubacyi spotykał, pozostawia rozstrzygnięcie téj kwestyi dalszym spostrzeżeniom, choć zaraz w drugiem miejscu każe w jak najkrótszym czasie tubus wyjmować jeżeli nie stale, to na kilka godzin, wyrażając obawę, że światło rurki nie jest przecie wystarczającem dla wentylacyi płuc, a nagromadzony z powodu niedostatecznéj wymiany gazów kwas węglowy w płucach, może być powodem do następowych zapaleń ogniskowych. Ranke zdając w roku zeszłym sprawę ze znacznéj ilości przypadków intubacyi i tracheotomii, nie widzi żadnéj wybitniejszéj różnicy między oboma zabiegami ze względu na następowe zapalenia płuc i oskrzeli.

Escherich[2]) zaś przypisuje występowanie ogniskowych zapaleń płuc po intubacyi nie zachłystywaniu się pokarmami, lecz raczéj niedostatecznemu wykrztuszaniu błon i śluzu z powodu zbyt małego światła tubusa. Zatrzymana w oskrze

[1]) *Wiener klin. Wschrft.* 1891, 7—8. — [2]) *Therapeut. Monatshefte*, 1891.

[1]) *O'Dwyers Intubation und die Tracheotomie bei der diphtheritische Larynxstenose.* — [2]) *Wien. klin. Wochschrft.* 1891, 7—8.

lach wydzielina, opadając ku częściom płuc niżéj położonym, zatyka drobne rozgałęzienia tychże, wywołuje niedodmę płucną, a w ogniskach tych rozwija się następowo proces zapalny. Na podstawie sekcyj zmarłych w klinice naszéj, jak to późniéj szczegółowo wykażę, również nie widać związku między zapaleniem płuc następowem a obu zabiegami, a jeżli w roku bieżącym, na który przypada nasz okres intubacyj, sprawy zapalne o wiele częściéj występowały, snadniéj przypisaćby to można złośliwości epidemii.

Ostatnią wreszcie ujemną stroną intubacyi jest możność powstania odleżyny w tych miejscach, gdzie tubus do ścian tchawicy przylega. Dwa są miejsca, w których odleżyna najczęściej występuje, a to przednia powierzchnia tchawicy odpowiednio do dolnego końca rurki, powtóre wewnętrzna powierzchnia chrząstki pierścieniowéj, wyjątkowo zaś tylko na więzadłach prawdziwych i fałszywych, między któremi tubus spoczywa. Stopień odleżyny bywa różnym, od ubytków drobnych powierzchownych bez żadnego znaczenia aż do owrzodzeń głębszych, nawet do obumarcia chrząstek i przedziurawienia przedniéj ściany tchawicy prowadzących. Odleżyny te powstają nie przez ucisk, lecz skutkiem tarcia jakie rurka przy ruchach połykowych, kaszlu, na błonę śluzową dotkniętą sprawą zapalną wywiera.

Najsmutniejsze doświadczenia w tym kierunku ogłasza prof. Wiederhofer, który na 13 sekcyj dzieci intubowanych widział 3 przypadki lekkiéj odleżyny, 4 ciężkiéj z obnażeniem chrząstek, 2 zaś ze zniszczeniem i obumarcie na tychże, z tego 5 dzieci poniżéj 2 lat, jedno zaś 5-letnie, ale operowane z powodu krupu następowego po odrze. Prócz tego opisuje 2 przypadki po intubacyi bliznowatego zwężenia krtani, u których następowa tracheotomija wykonaną być musiała. Ranke widział nieraz powierzchowne odleżyny bez większego znaczenia, 2 razy zaś ciężkie u dzieci poniżéj 2 lat, z których jedno przebywało równocześnie płonicę i zapalenie płuc a tubus pozostawał 11 dni, drugie tylko z zapaleniem płuc po 5-dniowéj intubacyi, z czego wnosi, że wiek zbyt młody i powikłania szczególniéj usposabiają do odleżyn, zmniejszając odporność organizmu. Toż samo zdanie wypowiada Ganghofner mówiąc o powikłaniach krupu z odrą i płonicą i przytaczając własne 4 przypadki ciężkiéj odleżyny, przyczem radzi możliwie szybko, bo już po 24 godzinach, choćby tylko chwilowo rurkę wyjmować. Rheu i Graser o sprawie téj nie wspominają, Guyer twierdzi, że odleżyn nigdy nie widział. Schwalbe[1]) na 9 sekcyj spotkał się z odleżyną 5 razy, Baginsky raz z ograniczonym powierzchownym ubytkiem, Thiersch często, lecz były to tylko powierzchowne nadżerki. Lekarze amerykańscy do sprawy téj nie przywięzują żadnéj wagi, a Northrup na 103 sekcyj w ostatnich intubacyjach przez O'Dwyera wykonanych, ani razu nie znalazł odleżyny. Również korzystnie przedstawia sprawę tę Ranke, referując o 365 intubacyjach w ostatnich 12 miesiącach wykonanych, przytaczając tylko 11 przypadków odleżyny i to przeważnie lekkiéj, a polepszenie to przypisuje zaokrągleniu dolnego końca rurki, którą to modyfikacyję niedawno O'Dwyer wprowadził.

O ile rozpoznanie odleżyny za życia przy tracheotomii jest łatwem, o tyle przy intubacyi zaledwo domyślać się jéj możemy, a są to te przypadki, gdzie mimo, iż sprawa dyfterytyczna dawno ustąpiła, po wyjęciu tubusa duszność się utrzymuje, a występowanie jéj tłómaczy Ranke drogą odruchu, przez drażnienie owrzodzeń prądem powietrza.

Przy powstawaniu odleżyny główną rolę odgrywają więc wiek zbyt wczesny dziecka, przypadkowe choroby dławiec komplikujące, wreszcie nie obojętnym jest i stopień zakażenia błonicowego, gdyż i ten odporność tkanin zmniejsza. Jeżeli późniéj, gdy uda się wynaleźć wskazania, przypadki te z zakresu zabiegu tego wykluczone zostaną, to dziś aby uniknąć odleżyny, musimy się starać usuwać jak najszybciéj przyczynę wywołującą, wyjmując tubus.

Wiederhofer i inni radzą dlatego usunięcia rurki już po 24 godzinach, a pierwszy poleca powtarzać to codziennie aż do ostatecznego usunięcia. Zwykle już w pierwszym dniu chorzy po wyjęciu mogą $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ godziny bez rurki oddychać, a obok oswobodzenia błony śluzowéj od ucisku ma to i tę dobrą stronę, że dziecko w czasie tym nakarmionem być może. Jeżeli wreszcie w 10 dniu rurka ostatecznie usuniętą być nie może, poleca Ranke następową tracheotomiję, Escherich za czas ten skraca do połowy.

Postępowanie nasze jest nieco odmienne, bo pierwszą extubacyję wykonywamy dopiero po 2 dniach, gdy więc są widoki wyjęcia rurki, jeżeli nie na zawsze, to na czas dłuższy, następnie co 24 godzin, aż do zupełnego usunięcia tejże. Ostatecznego terminu co do wykonania następowéj tracheotomii oznaczyć nie mogę, a wykonywałem ją w 8—11 dniach po pierwszéj intubacyi. Zbyt częste extubowanie uważam za nieodpowiednie, gdyż męczy się bardzo chorego, zresztą zachodzi obawa obrażenia tchawicy samym zabiegiem.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

St. Radziszewski: **Bakteryjologiczne prace Cornila i Babesa na polu etyjologii zapaleń nerek, oraz szereg własnych spostrzeżeń dotyczących zapaleń tego narządu.**

Na podstawie badań bakteryjologicznych, swoich własnych i dwóch w tytule wymienionych badaczy, stara się autor rozświetlić kwestyję zapalenia nerek, o ile w niem biorą udział drobnoustroje.

Zapalenia nerek dzielą Cornil i Babes na pierwotne, występujące samoistnie i następcze, powstałe w przebiegu różnorodnych chorób zakaźnych, gdzie zarazek drogą naczyń dostał się do nerek, wliczając do tego ostatniego działu *nephritis ascendens*, jako następstwo chorób pierwszych dróg moczowych, głównie pęcherza i miedniczek nerkowych. Odnośnie do tego drugiego działu badania bakteryjologiczne moczu wykryły całe szeregi drobnoustrojów. Z tych niektóre są identyczne z bakteryjami wywołującemi pierwotną chorobę, jak n. p. w ropnicy, posocznicy, ospie, zapaleniu szpiku kostnego, inne znów nie pozostają w żadnym związku z chorobą pierwotną, n. p. w przypadkach zapaleń nerek wśród duru, cholery, róży i t. d. *Nephritis ascendens* ma zawdzięczać według Klebsa swoje powstanie „bakteryi wydłużonéj“. Nie wszystkie z tych drobnoustrojów odznaczają się jednaką zdolnością chorobotwórczą i wprowadzone celem doświadczeń do ustroju zwierzęcego, wywołują zmiany niestałe, a i na sam narząd moczowy, jakkolwiek z niego wyszły, dopiero wśród pewnych warunków wpływ swój szkodliwy wywierać są zdolne, n. p. u zwierząt dopiero po podwiązaniu moczowodów powstaje zapalenie pęcherza lub nerek, zależnie od tego, gdzie wprowadzono chorobotwórcze drobnoustroje.

To też i w przebiegu chorób zakaźnych nie spotykamy się tak często z następowem zapaleniem nerek, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że przez ten organ bakteryje opu-

[1]) *Berl. klin. Wschrft.* 1891.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 11 Czerwca 1892. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3⅓ „	6 „

I. Przyczynek do chirurgii żołądka.

Gastroenterostomia wykonana szwem płytkowym Senna za pomocą płytek z brukwi własnego pomysłu. — Wyleczenie.

Podał

Dr. Roman Barącz (we Lwowie).

Nie możemy zaprzeczyć, że Senn przez wprowadzenie szwu płytkowego do chirurgii żołądka i jelit zmienił niektóre operacyje żołądkowo-jelitowe na bardzo proste. Jednak musimy przyznać, że sporządzenie płytek Senna z kości wymaga zbyt wiele czasu (od 4—5 tygodni), co też przeszkodziło rozpowszechnieniu jego metody. Argumenta Dra Chaput[1]) w jego najnowszem dziele z zakresu chirurgii żołądkowo-jelitowéj, że szew płytkowy stanowczo należałoby porzucić, są zupełnie niesłuszne, również twierdzenie Reichela[2]) i Salzera[3]), gdyż doświadczenie kliniczne wykazuje, że śmiertelność po gastroenterostomii po wprowadzeniu ogólnem w Anglii i Ameryce metody Senna znacznie się zmniejszyła i spadła z 47% a wzgl. 42% do 24·5%[4]).

Wyższość metody Senna w gastroenterostomii nad dawnym sposobem wykonania jest więc jasna.

Na podstawie moich doświadczeń na zwierzętach wykazałem, że brukiew surowa (po łać. *Brassica Napus, variet. rapifera, typ. Cruciferae,* po niem. *Kohlrübe, Erdkohlrabi, Wrucken*) jest dobrym, łatwo nabyć się dającym materyjałem, z którego można wyciąć w przeciągu minuty odpowiednie płytki, zupełnie podobne do płytek Senna i że płytków tych bez szkodliwych następstw użyć można przy wykonaniu każdéj enteroanastomozy.

Ponieważ i na człowieku zastosowałem je z wielką korzyścią, niechaj mi wolno będzie podać do wiadomości odnośny przypadek. Jestto pierwszy przypadek gastroenterostomii wykonanéj zapomocą szwu płytkowego Senna na człowieku. Przypadek był pokrótce następujący:

Jan Lewicki, architekt z Tarnopola liczący lat 60, poprzednio zupełnie zdrów, zaczął doznawać od 8 miesięcy dolegliwości żołądkowych: nudności, wymioty często fusowate występujące zazwyczaj w pół godziny po jedzeniu i zaparcie stolca. Prawie w tym samym czasie zauważył chory guz w brzuchu w okolicy pępka. Stolce bywają ciemno zabarwione. Badanie w dniu przyjęcia chorego wykazało: mężczyzna dość dobrze zbudowany, bardzo źle odżywiony, bardzo niedokrewny, o ziemistéj cerze twarzy. Brzuch zapadły, w okolicy żołądka jednak wzdęty. W okolicy pępka widzieć można w położeniu leżącem chorego guz wystający. Przy palpacyi znaleziono w brzuchu, w okolicy pępka guz wielkości jaja gęsiego, nierówny, bardzo twardy, jednak ruchomy we wszystkich kierunkach. Guz ten leży na poprzek w brzuchu tj. jest równoległy do osi żołądka. Gruczoły pachwinowe, nadobojczykowe, ani też kreskowe nie są powiększone. Arytmia serca, bez zmian w przyrządzie zastawkowym. Inne narządy prawidłowe.

W przededniu operacyi podano choremu olej rącznikowy, zaś w dniu operacyi wypłukano żołądek ciepłym roztworem kwasu borowego. Do operacyi przystąpiłem[1]) dnia 7 maja 1892 przy łaskawym udziale prymaryjusza oddziału Dra p. Ziembickiego i łaskawéj pomocy Drów: Mukowicza, Sobolewskiego, Uricha, Papéego i Riwczesa. Cięcie brzuszne 12 cm. długie poprowadzono w linii białéj, rozpoczynając je na kilka centymetrów powyżéj pępka, a kończąc na kilka palców poniżéj tegoż. Po wprowadzeniu ręki do jamy brzusznéj przekonano się, że nowotwór jakkolwiek ruchomy zajmował okolicę odźwiernika i przechodził na znaczniejszéj przestrzeni na tylną ścianę żołądka. Guz znaleziono bardzo twardy, prawie wielkości pięści dorosłego mężczyzny. W obec tak znacznego guza i wobec znacznego osłabienia chorego przystąpiono do gastroenterostomii. Sieć wielką i okrężnicę

[1]) Chaput: *Technique et indications des operations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires.* Paris 1892. Str. 62 i 63, — [2]) Reichel. *Münchener med. Wochenschrift* 1890, Nr. 11. — [3]) Salzer. *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XX Congress. Beilage zum Centralblatte für Chirurgie* 1891, Nr. 26. str. 120. — [4]) Podług mego własnego obliczenia.

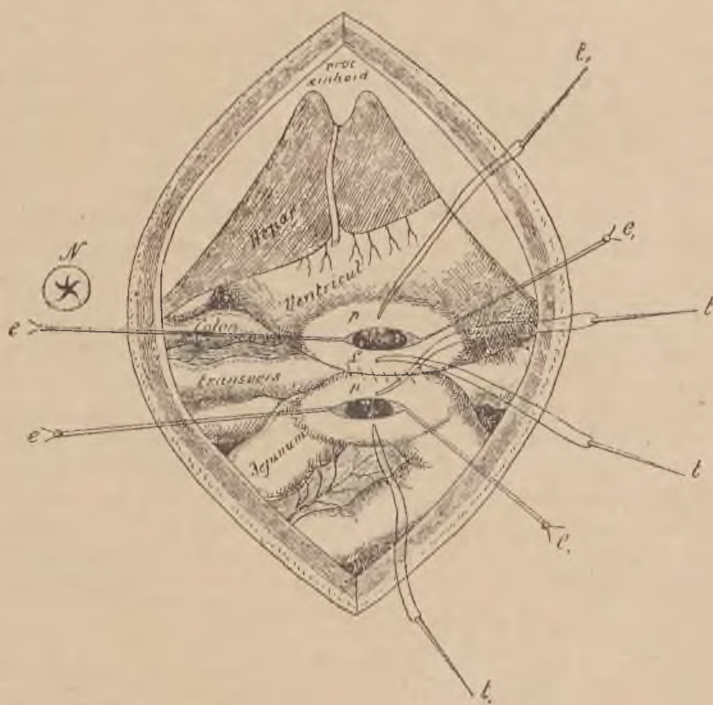
[1]) Oddział chirurgiczny szpitala powszechnego we Lwowie.

poprzeczną stosunkowo wąską podniesiono, napięto śródjelicie poprzeczne, z wielką łatwością wyszukano fałd dwunastnicowo-jelitowy i dwunastnicę. Pętlę na jakie 50 cm. poniżéj tegoż miejsca położoną wybrano do anastomozy z żołądkiem. Jelito skręcono tak, że ramię odwodzące zwrócono w stronę prawą (położenie Rockwitza).

Dotychczasowy akt operacyi wykonał Dr. Ziembicki, gastroenterostomię zaś wykonałem sam w sposób następujący.

Najpierw wyszukałem mało unaczynione miejsce w przedniéj ścianie żołądka i w odległości około 5 cm. od granic nowotworu przeciąłem pomiędzy palcami asystenta nożyczkami wszystkie ściany żołądka rownolegle do długiéj osi tegoż. W ranie żołądka podwiązałem jedną tętniczkę. W ranę tę około 3 cm. długą wprowadziłem wielką płytkę z brukwi. Wymiary płytki były następujące: grubość 0·5 cm., długość 7·5 cm., szerokość 3·5 cm. Otwór centralny płytki był 3 cm. długi, a $^3/_4$ cm. szeroki. Rana w żołądku była zatem nieco krótszą od szerokości płytki, jednak płytka przez ściśnięcie w wymiarze poprzecznym dała się łatwo wsunąć do żołądka. Ustaliwszy płytkę w żołądku przez napięcie szwów płytkowych tak, że oś długa płytki odpowiadała ranie w żołądku, obszyłem dokoła ranę żołądkową szwem kuśnierskim z katgutu, tj. zbliżyłem naokoło rany błonę śluzową żołądka do surowiczéj. Teraz przeszyłem szwy płytkowe utwierdzające przez wszystkie ściany żołądka po obu brzegach rany żołądkowéj. Oddawszy ranę żołądkową w ręce asystenta, utworzyłem fałd poprzeczny w jelicie czczem, ciągle trzymanem w położeniu Rockwitza, przeciąłem je nożyczkami w długości 3 cm. w kierunku podłużnym, wprowadziłem do jelita i ustaliłem drugą zupełnie taką samą płytkę. Uskuteczniwszy skaryfikacyję błon surowiczych obu narządów ostrzem skalpela, założyłem rzadki szew kuśnierski na błonach surowiczych na wewnętrznych brzegach (do siebie zwróconych) płytek, następnie asystent zbliżał obie plytki do siebie, a ja związalem najpierw wewnętrzne (do siebie zwrócone) szwy płytkowe ustalające. Przy wiązaniu ostatniéj pary szwów wsunąłem zgłębnikiem do środka błony susowicze. Wszystkie końce szwów płytkowych ucięto krótko i wsunięto pomiędzy błony surowicze. Wreszcie po związaniu wszystkich nitek płytkowych założono rzadki szew kuśnierski na błonach surowiczych na przednich brzegach płytek; zbliżono zatem w ten sposób dokładnie błony surowicze. Po oczyszczeniu miejsca anastomozy reponowano je i zaszyto powłoki brzuszne szwem głębokim wałeczkowym i szwem kuśnierskim.

Fig. I.



Cała operacyja trwała zaledwo 3 kwandranse. Po operacyi lekki zapad; wstrzyknięto podskórnie eter i podano tra opii, lewatywy odżywcze z wina, mleka, rosołu, cognacu 3 razy dziennie przez 5 dni. Dla zaspokojenia pragnienia podawano kawałeczki lodu.

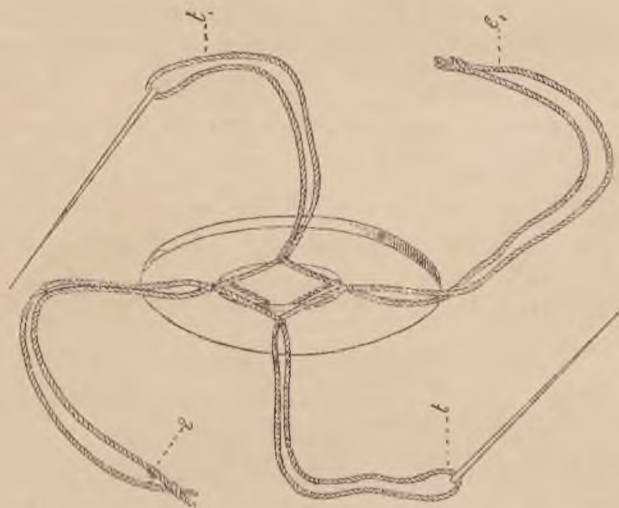
Przebieg zupełnie prawidłowy, bezgorączkowy; ciepłota nie podniosła się ani razu ponad 37·5. Wymioty zupełnie ustały. Pierwsze wypróżnienia drugiego dnia po operacyi,

Od 9/V podawano choremu płynne, póżniéj napółpłynne. a od 11/V stałe pokarmy. Szwy głębokie usunięto 13/V a powierzchowne d. 20/V.

Dnia 13/V tj. w 6 dni po operacyi znaleziono w rzadkim stolcu kilka kawałków niezupełnie strawionéj brukwi.

Dnia 14/V znaleziono w stolcu większy kawałek niestrawionéj płytki (prawie $^1/_2$ płytki). Kawałki te były zupełnie miękkie, do ugotowanéj marchwi podobne.

Fig. II.



W przypadku powyżéj opisanym odstąpiłem pod dwoma względami od przepisów podanych przez Senna; skaryfikowałem powierzchnie surowicze skalpelem, a nie igłą odrażoną, jak Senn poleca i użyłem płytek z brukwi zamiast płytek z kości odwapnionéj.

Uskutecznienie skaryfikacyi powierzchni surowiczych skalpelem polecam dlatego, ponieważ przy moich doświadczalnych gastroenterostomiach i ileostomiach zrosty błon surowiczych, po użyciu skalpela do skaryfikacyi, były nadzwyczaj silne. Nadto doświadczenia J. D. S. Davisa[1]) wykazały, że zrosty błon surowiczych po wykonaniu skaryfikacyi powierzchni tychże igłą aseptyczną nie są tak silne, jak po wykonaniu skaryfikacyi nożem aseptycznym albo łyżeczką ostrą.

Zupełnie nie zgadzam się ze zdaniem Josseta[2]) który twierdzi, że skaryfikacyje powierzchni błon surowiczych w zakresie płytek są zbyteczne i mogą być szkodliwe.

Jesset nie wykonywał wcale skaryfikacyj ani przy swoich doświadczeniach, ani przy 5 gastroenterostomiach, ani też przy wykonaniu gastroenterostomii wraz z resekcyją odźwiernika i nigdy nie żałował tego. Autor ten twierdzi, że przez zastosowanie skaryfikacyj chory jest narażony na niebezpieczeństwo infekcyi właśnie z powodu uszkodzenia powierzchni surowiczych, podczas gdy nieuszkodzone powierz-

[1]) F. Bowreman Jesset: *The surgical diseases and injuries of the stomach and intestines. London* 1892 str. 241. — [2]) John D. S. Davis. (Birmingham, Alabama). *An experimental study of intestinal anastomosis. The Times New. York and Philadelphia.* January 25, February 1, 1890 str. 74 i nn.

chnie surowicze są wolne od infekcyi (!?). Celem udowodnienia zbyteczności skaryfikacyj przytacza autor ten jako dowód gastrostomię i kolostomię pachwinową, po których obfita wydzielina limfy na powierzchniach surowiczych występuje już w godzinę po wykonaniu operacyi.

Co do zakażenia drogą powierzchni surowiczych skaryfikowanych, to takowe stanowczo da się wykluczyć, gdyż ani w moich licznych (25) doświadczeniach, ani w doświadczeniach Senna i innych autorów, ani też w żadnym przypadku tą metodą dotychczas wykonanych gastroenterostomij (42) na człowieku takowe nie miało miejsca.

Natomiast luźne doświadczenia Davisa [1]) stanowczo przemawiają za energiczną skaryfikacyją błon surowiczych naokoło miejsca anastomozy, a przedewszystkiem za skaryfikacyją za pomocą skalpela.

Davis wykonywał na jednym i tym samym psie potrójne anastomozy jelit równocześnie (za pomocą swoich matów katgutowych) a przy każdéj anastomozie inaczéj postępował z błonami surowiczemi i przy pierwszéj anastomozie wcale nie skaryfikował powierzchni surowiczych, przy drugiej skaryfikował je igłą odrażoną, a przy trzeciéj pozbawiał je nabłonka skalpelem. We wszystkich doświadczeniach zauważył Davis, że zrosty były najsłabsze w enteroanastomozach, w których wcale nie skaryfikował powierzchni surowiczych, silniejsze zrosty napotykał przy anastomozach, w których powierzchnie surowicze skaryfikował igłą, a najsilniejsze po skaryfikacyjach skalpelem. Przy ostatnich anastomozach zlepy powierzchni surowiczych już po 12 godzinach były tak silne, że przy rozrywaniu tychże naddzierała się ściana jelita.

Jeźli uwzględnimy, że płytki z kości zbyt odwapnionéj mogą przy gastroenterostomii zbyt wcześnie uledz resorbcyi, że szwy mogłyby się przypadkowo rozluźnić, musimy stanowczo starać się o wczesne zlepy, co tylko po zastosowaniu skaryfikacyi skalpelem możemy osiągnąć.

Co do materyjału przezemnie użytego, to takowy wydaje mi się najstosowniejszym do zastąpienia płytek Senna z kości odwapnionéj i przewyższa inne materyjały zastępcze, jak pierścienie katgutowe Abbégo, pierścienie ze struny basowej i drenu Matasa, pierścienie Brokawa z drenu i katgutu, waty i płytki katgutowe Davisa, płyty gumielastyczne Robinsona i płyty z surowéj skóry Robinsona. Pierścienie z brukwi mają kształt zupełnie podobny do płytek Senna, zbliżają zatem szeroko powierzchnie surowicze, są odpowiednio twarde, szwy zatem się nie wyrywają i nie przerzynają ścian tychże, nie zmieniają się pojemności w przewodzie pokarmowym, nie mogą przeto wywołać zgorzeli uciskowéj, a ulegając strawieniu stosunkowo późno (w moim przypadku kawałki płytek odeszły 6 i 7-go dnia), stosunkowo długo przybliżają do siebie odpowiednie powierzchnie surowicze. Główną korzyścią płytek przemnie poleconych jest szybkość, z jaką się dają sporządzić.

Objaśnienie rysunku I-go:

t t wewnętrzna szwów płytkowych utwierdzających (fixation sutures) przygotowanych do związania.
t, t, zewnętrzna para szwów płytkowych utwierdzających.
e e — *e, e,* obie pary szwów płytkowych końcowych (end sutures).
L szew kuśnierski zbliżający błony surowicze żołądka i jelita czczego na wewnętrznych brzegach płytek.
p płytka w żołądku ustalona.
p, płytka w jelicie czczem ustalona.
N pępek.

Objaśnienie rysunku II-go:

Płytka z brukwi lub kości odwapnionéj Senna uzbrojona niemi.
e e, szwy końcowe.
t t, szwy boczne czyli ustalające.

[1]) l. c.

II. O blednicy (*chlorosis*) i jej leczeniu.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniach 16 marca i 27 kwietnia b. r.

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Dok. Patrz Nr. 23).

Wówczas na podstawie podwyższonéj ciepłoty, wejrzenia krwi, niepomyślnego zejścia, rozpoznałem: „*Anaemia perniciosa*“ — zaliczyłem ten przypadek do téj jednostki chorobowéj stworzonéj przez Biermera, która jak wiemy z biegiem czasu staje się coraz szczuplejszą, w miarę jak poznajemy etyologię. Dziś już wiemy, że obraz taki sam sprowadzić mogą pewne stany żołądka z zanikiem bł. śluzowéj (przypadki Nothnagla, Henryego i Oslera, Vinicicutta i innych obecność w przewodzie pokarmowym pewnych pasorzytów, n. p. *Botriocephalus latus, Anchylostomum duodenale*, a po wyłączeniu tych pozostaje jeszcze pojęcie, które w przyszłości w miarę poznawania przyczyn rozpadać się będzie. Dziś wiedząc o tem, że w blednicy gorączkować można i to nieraz dość wysoko, nie wolno każdy przypadek, dlatego że jest gorączka, zaliczać do niedokrewności złośliwéj; różnic wybitnych krwi też dotąd nie znamy, bo zdanie, że w niedokrewności złośliwéj jest *oligocytämia* bez względnéj *oliyochromämii*, bardzo jest pojęciem luźnem tak, że i w przypadku dopiero co opisanym można sobie zadać pytanie, dlaczego to ma być „*anaemia perniciosa essentialis*“, czy dlatego, że się śmiercią skończyła? Dwa lata trwa blednica, wśród momentu psychicznego i wskutek urazu nastaje pogorszenie tego stanu stale doprowadzające do śmierci; tu można dwa przypuszczenia robić, albo blednica, naturalnie wyjątkowo rzadko, może przyjąć obraz niedokrewności złośliwéj, co mi się wydaje prawdopodobniejszem, (byłby to znów wyłom w téj jednostce postawionéj przez Biermera) albo, że blednica może przejść w niedokrewność złośliwą jak to chcą niektórzy lekarze angielscy i amerykańscy np. Henry[19]), Forchheimer[20]) i i. Sprawa to jeszcze otwarta, fakt pozostanie jednak faktem, że zdarzają się przypadki, jak co dopiero opisany, które rozwiązania kwestyi czekają.

Dłużéj nad objawami blednicy zastanawiać się nie będę, wyczerpanie ich nie było moim celem i z góry się zastrzegłem; skreśliłem tylko, wtrącając mimochodem uwagi rozpoznawcze, główne grupy przypadów, aby stworzyć sobie podstawę do skreślenia zasad leczenia blednicy.

III.

Jak w leczeniu każdego stanu chorobowego, tak i w blednicy pierwszem zadaniem naszem jest usunięcie przyczyny wywołującéj chorobę, gdzie to tylko możliwe. Rozwodzić się nad tem nie potrzebuję, jak również nad sposobami, w jaki tego dokonać mamy. Drugie zadanie, to leczyć chorobę, zadość uczynić *indicationi morbi*, w blednicy zatem podać przetwory

żelaza, dostarczyć tlenu, a więc świeżego powietrza, dostarczyć materyjału budowlanego, a więc dobrze żywić. To byłby schemat, który nieraz wystarczy, szczególnie w typie prostym blednicy. W przypadkach jednak daléj posuniętych, gdy mamy już typ sercowy, trawieńcowy lub mięszany, schemat ten nie wystarczy i tu obok leczenia przyczynowego, swoistego wstąpi w swe prawa leczenie przypadowe i niema może stanu chorobowego, w którymby wypełnienie tych wszystkich wskazań tak się łączyło i prowadziło do wspólnego celu, t. j. prawidłowego stanu ustroju, jak w blednicy.

Z góry zaznaczam, że nie myślę kreślić szczegółowego traktatu o leczeniu, wdawać się w ocenianie rozmaitych projektów takowego, a mam zamiar tylko skreślić Panom kilka zasad postępowania, jakich się trzymać nauczyło mnie doświadczenie. Postępowanie moje jest następujące. Stwierdziwszy, że mam przed sobą blednicę, w pierwszym rzędzie zwracam uwagę, czy nie mam przypadów ze strony krążenia takich, któreby kwalifikowały przypadek badany do typu sercowego. Znalazłszy odpowiednie przypady (znacznie przyspieszone tętno, wzmagające się w liczbę przy ruchach, rozszerzenie prawéj komory) zalecam spokój. Zależnie od stopnia zmiany, warunków, wśród jakich pacyjentka żyje, pory roku, wykonanie tego polecenia jest rozmaite. Skala względnie szeroka, od ograniczenia wychodzeń, zwłaszcza po schodach, unikanie wszelkich więcéj męczących ruchów, np. tańców, wycieczek, ślizgawek, aż do leżenia w łóżku. Stopień tego ograniczenia stosownie do przypadku i stopnia zmiany, ściśle określić należy, indiwidualizowanie ma tu pełne znaczenie, bo jak dla jednego przypadku i zakazanie tańców, spacerów i t. d. jeszcze będzie za mało, a tylko łóżko wskazane, to niekorzystnie byłoby lekkie przypadki typu sercowego kłaść znów odrazu w łóżko. Zalecanie tego spokoju fizycznego w przypadkach typu sercowego, a spotykamy się z niemi tak często, uważam za kardynalny punkt leczenia i kładę szczególny nacisk zwłaszcza wobec pojęć odmiennych, jakie się z biegiem czasu utarły a między publicznością powszechnie panują.

Dzięki tym pojęciom ileż razy zdarzyło się Panom widzieć pacyjentki dotknięte wysokim stopniem blednicy i to z typem sercowym, które mimo próśb swoich muszą odbywać codzienne spacery, chociaż im w łóżku dopiero dobrze, a z drugiéj strony ileż w tym kierunku nadużyć dzieje się w miejscowościach kąpielowych, dokąd blednicowe się udają, jeżeli lekarz z całą ścisłością przepisów nie wyda. Błędów tu może być bez miary, od spacerowania godzinami z kubkiem w ręku dla wypicia wody, do popołudniowych wycieczek na pobliskie lub dalsze wierzchołki, a wieczorem czasami kilkugodzinne tańczenie. A z doświadczenia własnego mogę powiedzieć, co znaczy takie przekroczenie polecenia spokoju, że jedna taka wycieczka, jeden przetańczony wieczór, niszczy nieraz całą poprawę kilkutygodniową, najsurowszem zachowaniem się zdobytą, jak z drugiéj strony mogę powiedzieć, że przestrzeganie spokoju daje wyniki bardzo dobre. W oczy wpadającą poprawę widziałem szczególnie w przypadkach daleko posuniętych, gdziem polecał leżenie w łóżku, i to nie tylko pod względem przypadów sercowych, ale poprawy łaknienia, wydalania stolca, a jeżeli był stan podgorączkowy, ten przy leżeniu najczęściéj w kilka lub kilkanaście dni mijał; wyjątkowe to przypadki, gdzie trwał on miesiąc lub dwa, jak z drugiéj strony jużem wyżéj wspomniał, że zawczesne pozwolenie wykonywania ruchu odbijało się nieraz wystąpieniem napowrót stanu podgorączkowego. Leżenie to w łóżku trwa od 2 do kilku tygodni, potem przechodzę stopniowo do trybu życia dla lżejszych przypadków. Aby i w tych jak najwięcéj dać spokoju, polecam ranne późne wstawanie, wczesne kładzenie się do łóżka, a wśród dnia kierowanie się po części własnem uczuciem potrzeby spoczynku. W miarę poprawy dopiero pozwalam na większy ruch, a dodaję odrazu, że wszelkie forsowniejsze ruchy o ile możności jak najdaléj odsunięte być powinny, zwłaszcza w formach ciężkich, gdy jest silna konstytucyjonalna przyczyna, bo doświadczenie uczy, że w tych przypadkach nieraz co zachowanie odpowiednie latem i jesienią osiągnęło, kilka tańców karnawałowych zepsuje zupełnie.

Spokój ten łączyć należy z używaniem dobrego powietrza, aby dowóz tlenu był jak najobfitszy, daje się to osiągnąć dla większéj części pacyjentek przeważnie w lecie, zamożniejsze i w zimie przebywć mogą w odpowiednim klimacie, przez siedzenie w ogrodach, lasach, lub leżenie w hamakach, a z pewnością, że górskie powietrze tu na pierwszeństwo zasługuje, wysyłanie zatem do uzdrojowisk tam położonych jest wskazane, byle były warunki do przebywania na powietrzu z zachowaniem spokoju (balkony, werandy, ławki, miejsca na hamaki).

Wśród tego podawane żelazo w tych przypadkach wywiera dopiero swoisty swój wpływ, a nie jak twierdzi Immermann [21]), kładąc całą wagę na żelazo, a co do innych szczegółów mówiąc: „*Ich gestehe, dass ich Chlorotischen in der Regel vollen freien Willen in Bezug auf die Wahl der Nahrung, wie das Mass körperlicher Bewegung zu lassen pflege*“. I tą drogą dochodzi się do celu, ale nie zawsze i nie w tych przypadkach, o których mówimy, t. j. należących do typu sercowego.

A teraz słów kilka o postępowaniu w przypadkach typu trawieńcowego (*chlorosis dyspeptica*). Przypady jakie tu spotykamy, będące następstwem blednicy, w znacznéj części ustępują po leczeniu swoistem t. j. po podaniu żelaza, ponieważ jednak przypadom tym, np. żołądkowym, towarzyszą pewne już zboczenia w czynności żołądka, t. j. upośledzenie funkcyi mechanicznéj a nieraz i chemicznéj, z tego powodu wymagają one uwzględnienia w leczeniu obok równoczesnego podawania żelaza lub bez takowego, jeżeli pacyjentki żelaza nie znoszą, co w tym typie blednicy nieraz się zdarza. Przewidzieć naprzód, kiedy to ma miejsce, prawie niepodobna. Z doświadczeń, jakie w tym celu przeprowadziliśmy wspólnie z kol. Buzdyganem w klinice prof. Korczyńskiego, a które późniéj ogłosimy, możemy przeważnie powiedzieć tylko, dlaczego się to dzieje, bo doświadczenia te wykazały, że żelazo w żołądkach z upośledzoną funkcyją mechaniczną długo pozostaje w znacznéj ilości, np. po dawce 0·20 *Ferr. hydrag. reduct.* jeszcze go po 3—4 godzinach wykazać je można w treści żołądkowéj i to w rozpuszczeniu, jeżeli oddziaływanie kwaśne, — jako proszek ciemny nie zmieniony, przy oddziaływaniu obojętnem lub słabo kwaśnem; nadto żelazo okazało tę własność, że w pewnéj liczbie i to znaczniejszéj pobudza wprost do wydzielania HCl większego i dłużéj trwającego; jest to pożądanem nieraz, w przypadkach jednak z nieprawidłowo wygórowaną kwasotą działać musi szkodliwie. Jeżeli więc *a priori* o pewnych przypadkach możnaby powiedzieć, bez badania treści żołądkowéj, że żelaza nie zniosą, to o tych z nadmierną kwasotą, bo one dają nam podmiotowe pewne objawy, po których poznać

je można, a mianowicie odbijania smaku kwaśnego połączone ze zgagą, bóle nieraz w jakiś czas po jedzeniu, uczucie głodu, którego zaspokojenie po pewnym czasie sprowadza przykre objawy (gniecenie, odbijania kwaśne), czasami pragnienie.

Szczególnie więc w tych przypadkach, które żelaza nie znoszą, na pierwszy plan wystąpić musi leczenie przewodu pokarmowego, swoją drogą i w przypadkach, które żelazo znoszą a przypady żołądkowe trwają, na takowe należy zwrócić uwagę. Punktem wyjścia musi tu być fakt stwierdzany najczęściéj, t. j. upośledzenie funkcyi mechanicznéj, sprowadzającéj zaleganie pokarmów w żołądku. Z powodu tego zasługuje na uwagę uregulowanie dyjety i w takich razach nie można zostawić *„vollen freien Willen in Bezug auf die Wahl der Nahrung"*, jak to chce Immermann, owszem należy oznaczyć jakość, ilość i czas pożywienia. Pokarmy powinny być złożone z takich, które są najstrawniejsze, przeważnie białkowate z pominięciem naturalnie ile możności tych, które jak doświadczenie uczy, albo odbierają łaknienie (słodycze) lub pozostają najdłużéj w żołądku (pokarmy skrobiowate i tłuszcze). Jest to zasada, od któréj nieraz wyłom musimy robić, wobec np. wstrętu nieprzezwyciężonego pacyjentki. Za korzystne uważam z tego samego powodu również ograniczenie używania płynów, np. wody, mianowicie w większéj ilości naraz; zwracam zwłaszcza na to uwagę, jeżeli mogę wykazać obniżenie dolnéj granicy żołądka. Większe ilości płynów działają bowiem niekorzystnie przez mechaniczne ciśnienie na dolną ścianę żołądka, zwiększając przypady — i to jest przyczyną, dlaczego np. niektóre pacyjentki znoszą w innéj formie żelazo, byle nie w postaci kilku kubków wody mineralnej. Przy oznaczaniu ilości kierować się winniśmy stopniem łaknienia, w miarę poprawy ogólnéj ilość pacyjentka sama zwiększy — i za błędne uważam trzymanie się bezwzględnie zasady „forsownego żywienia". Aby uniknąć obciążenia, ilość naraz wprowadzonego pokarmu powinna być skąpsza, a często dostarczana. Obok uregulowania dyjety w przypadkach tych uciekam się do podawania w małéj ilości wody karlsbadzkiéj i Vichy zwłaszcza w przypadkach, które mi się przedstawiają jako połączone z nadmiernem wydzielaniem HCl, stosuję je albo przed podaniem lub nieraz i obok żelaza. W leczeniu tem miałem poprzednika, a mianowicie Petita, który w r. 1850 zachwalał podawanie wód Vichy w blednicy, swoją drogą z przesadą i bez wskazań, bo twierdzi, że mało jest chorób, w których skutek wód Vichy byłby pewniejszy niż w blednicy. Wychodząc z zasady, że bardzo częstym punktem wyjścia zboczeń trawienia w blednicy jest upośledzenie funkcyi mechanicznéj a ztąd zaleganie pokarmów w żołądku, najracyjonalniejszem byłyby przepłukiwania żołądka codzienne. Takowych dokonywaliśmy z kol. Buzdyganem[8]) w dość znacznéj liczbie przypadków, o których szczegóły podaliśmy w Przegl. Lek., dziś tylko wspominam, że z wynikiem bardzo dobrym. Wiem, że w wielu przypadkach szczególnie praktyki prywatnéj jestto dziś jeszcze niemożliwem, w każdym razie o tem wiedzieć należy, aby w razach uporczywych, szczególnie gdzie rozszerzenie żołądka jest znaczniejsze, gdzie zawodzą inne postępowania wyżéj podane, uciec się do przepłukiwań żołądka. Spostrzeżenia te nasze poparł Pick[22]) z kliniki Nothnagla.

Obok funkcyj żołądka uwagę naszą zająć musi czynność jelit, t. j. niedowład takowych. Regularne wypróżnienia u blednicowych to, jak wiemy, konieczny warunek pomyślnéj kuracyi, a cel mamy tu podwójny, raz wydalenie rozkładowych istot gnijącego białka zapobiegając niejako samozakażeniu, z drugiéj strony wiemy z fizyjologii, że ruch robaczkowy jelit korzystnie wpływa i na ruch samego żołądka, co w blednicy, jak wyżéj wspomniałem, nie jest obojętnem. Dla osiągnięcia tego celu używam środków wypróżniających roślinnych (*rheum, cascara sagrada, pulv. liquir. comp.*), a środkiem utrwalającym stan jest miesienie (massage), które i do ruchu pobudza jelita i ma na celu zjędrnienie samych powłok brzusznych. Mówiąc o miesieniu dodać winienem, że takowego nie należy stosować, jeżeli równocześnie mamy wysoki stopień typu sercowego; ma to bowiem, jak mnie doświadczenie nauczyło, niekorzystny wpływ na krążenie. — Przy typie czysto trawieńcowym (*chlorosis dyspeptica)* całe co dopiero podane postępowanie stosować będziemy wśród używania odpowiedniego ruchu, stopień tego ruchu ograniczać będziemy aż do zupełnego spokoju, w miarę jak równocześnie będziemy stwierdzać mniejsze lub większe przypady ze strony serca, odpowiadające typowi sercowemu blednicy — czyli w miarę jak będziemy mieli do czynienia z typem mięszanym.

Utartem jest, że pielęgnowanie skóry w blednicy jest ważnym czynnikiem leczniczym. Ztąd od dawna stosujemy kąpiele czy to gazowe (obojętna rzecz, czy zawierają żelazo lub nie), morskie, procedury hydropatyczne, zwłaszcza wśród pobytu w miejscach kąpielowych. Zboczyłbym od przedmiotu, wdając się w teoretyczną ocenę tego czynnika leczniczego, faktem jest, że on dobrze działa, lecz i tu są wyjątki, t. j. że kąpieli ciepłych, morskich i silniejszych procedur hydropatycznych nie znoszą chore blednicą dotknięte z więcéj posuniętym typem sercowym, oddziaływając na nie silnem osłabieniem, a nawet omdlewaniami i pogorszeniem ogólnego stanu. Na tę okoliczność przy zalecaniu tego czynnika należy zwrócić uwagę, jak również na nieobliczalny stan nerwowy blednicowych, z którym również rachować się trzeba.

Leczeniu tych przypadów nerwowych kilka słów pragnę poświęcić. Już wyżéj wspomniałem, że należy ich odróżnić dwa rodzaje. Jedne w związku z blednicą będące, drugie odpowiadające histeryi.

Leczenie pierwszych schodzi się z leczeniem blednicy, ponieważ one jednak są dowodem pewnego osłabienia nerwowego, należy zatem w tem leczeniu przepisać taki tryb życia, w którymby pacyjentki były narażone jak najmniéj na silniejsze bodźce nerwowe, a do takich zaliczam więcéj natężającą pracę umysłową, któréj bezwarunkowo zaniechać należy, nieodpowiedni dobór książek, udział męczący i częsty w zebraniach towarzyskich i t. d.

Leczenie drugich schodzi się obok leczenia blednicy z leczeniem histeryi; że tu w pewnych razach potrzeba się posunąć aż do zastosowania leczenia sposobem Weir-Mitchella nie ulega wątpliwości, sam widziałem dobre z tego wyniki, a w ostatnich czasach zwrócił na tę okoliczność szczególniejszą uwagę Dunin[23]).

To są pewne zasady leczenia; zwracając na nie uwagę nie zawiedziemy się w swoistem działaniu żelaza, które w odpowiednich warunkach podane, pozostanie zawsze dzielnym środkiem przeciwko blednicy.

Kończąc na tem, wiem, że daleko jeszcze do wyczerpania przedmiotu, zamiaru tego też nie miałem, a chodziło

mi tylko o podzielenie się z Panami kilku uwagami, jakie mi się nasunęły z biegiem czasu.

Literatura: 1) Haberer: Ueber Chlorose. Aerztl. Mittheil. aus Baden. Jahrg. XXVII. Nr. 11. 2) Pollock: On anaemia. Lancet 1875 August 7. 3) Luton: Une theorie de la chlorose. Bull. de la Soc. de Reims. 1873 Nr. 10. 4) Hösslin: Ueber Hämatin u. Eisenausscheidung bei Chlorose. Münch. med. Wschrft. 1890 Nr. 14. 5) Zander: Zur Lehre von der Aitiologie, Pathogenese u. Therapie der Chlorose. Virch. Archiv. t. 84 s. 177. 6) Reflexions critiques sur l'emplois du fer dans le traitement de la chlorose. Bull. gén. de therap 1876 Mai. 7) Virchow: Ueber die Chlorose u. die damit zusammenhängenden Anomalien im Gefässapparate etc. Berlin 1872. 8) Buzdygan i Gluziński: Zachowanie się trawienia żołądkowego w różnych postaciach niedokrewności a szczególnie w bledniey oraz kilka uwag leczniczych. Przegl. Lek. 1891 Nr. 34. 9) Korczyński i Jaworski: Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma, sowie bei Magenblutungen. Deut. med. Wschrft. 1886 Nr. 47—49. 10) Rosenheim: Ueber allgemeine Hyperästhesie der Magenschleimhaut bei Anämie u. Chlorose. Berl. Klin. Wschrft. 1890 str. 741. 11) Bauti: Di un caso d'ematemesi. Lo Sperimmentale 1880. 12) Neusser: Ueber Anämien mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose Wien. med. Presse 1890 Nr. 6—10. 13) Nothnagel: Ueber Chlorose. Klin. Vortrag. Wien. med. Presse 1891 Nr. 51 i 52. 14) Gerhardt. Lehrbuch der Auscultation u. Percussion 1890. 15) Mollière: De l'élévation de la témperature centrale dans la Chlorose. Lyon méd 1882 Nr. 50 i 1884 Nr. 21. 16) Leclerc: De l'existence fréquente de la fièvre chez les chlorotiques. Paris 1885. 17) Weil: Uber Fieber bei Chlorose Dissert. inaug. Würzburg 1889. 18) Puławski: Blednica z przebiegiem gorączkowym. Gazeta Lek. 1892 Nr. 4. 19) Henry: Pernicious Anemia. Americ. med. news. 1886 July 3 (ref. Jahresb. Virch.). 20) Forchheimer: The relations af Anaemia to Chlorosis. Americ. med. News. 1889 Oct. 19 (ref. Jahresb. Virch.) 21) Immermann: Ziemsens Handb. t. XIII. cz. 2. wyd. 2 str. 343 22) A. Pick. Zur Therapie der Chlorose. Wien. Klin. Wschrft. 1891 Nr. 50. 23) Dunin: Przyczynek do leczenia bledniey. Nowiny Lek. 1892 Nr. 1.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

B r u s c h e t t i n i (Bolonia): **O wydalaniu jadu tężca przez nerki.**

W pracy przed 2 laty ogłoszonéj udowodnił był autor, że krew zwierząt, którym sztucznie zaszczepiono jad tężcowy, posiada silne własności trujące. Nadto wykazał, że nerka (odmiennie od innych narządów jamy brzusznéj) posiada te same własności trujące tak, że wyciąg wodny takiéj nerki wstrzyknięty pod skórę zwierzętom sprowadza objawy tężca. W celu usunięcia nasuwającéj się wątpliwości, czy działanie trujące nerki nie pochodzi od krwi zawartéj w naczyniach, wypuszczał krew z zatrutego jadem tężcowym zwierzęcia i przepłukiwał naczynia 10% rozczynem węglanu sodowego, który to rozczyn, jak z doświadczeń Tizzoniego i Cattaniego wynika, nie wpływa na jad tężca. Wyniki dodatnie otrzymane w tych doświadczeniach naprowadziły autora na myśl, że i mocz zwierząt tężcem dotkniętych posiada własności toksyczne. I rzeczywiście zwierzęta, którym wstrzykiwał pod skórę mocz pochodzący od tężcowych zwierząt, ginęły w krótszym lub dłuższym czasie wśród objawów tężca. W ostatnich czasach miał B. sposobność spostrzegać dwa przypadki tężca u ludzi, którzy wyleczeni zostali antitoksyną Tizzioniego i Cattaniego. W pierwszym przypadku wstrzykiwał B. królikom pod skórę po 10 ctm. sz. moczu zebranego już w dość daleko posuniętym okresie choroby w początku leczenia antitoksyną. Wszystkie zwierzęta mniéj lub więcéj koło dziewiątego dnia okazywały objawy tężca i zginęły. W drugim przypadku wstrzykiwał mocz otrzymany z chorego zaraz w początku choroby, a zwierzęta (myszy i króliki) szczepione tym moczem ginęły wśród gwałtownych objawów tężca w 24—36 godzin. Mocz tego samego osobnika zebrany po 5 dniach po uskutecznieniu już 4 injekcyj antitoksyny, wstrzyknięty zwierzętom w tych samych dawkach co poprzednio, nie wywołał żadnych objawów chorobowych.

Fakty te dowodzą, że jad tężca dostawszy się z ogniska pierwotnego do obiegu krwi, zostaje po największéj części z moczem wydalony, a ma to nietylko znaczenie rozpoznawcze, lecz może także posłużyć do ocenienia osiągniętych skutków leczniczych. (*Deut. med. Wochenschrift* 1892, Nr. 16.) *Dr. Beck.*

Choroby wewnętrzne.

H u z a r s k i: **Kilka słów o leczeniu ostréj niedokrewności wstrzykiwaniami podskórnemi soli kuchennej.**

Autor zestawia dwa przypadki ostréj niedokrewności, powstałéj skutkiem krwotoku macicznego podczas porodu, która w wysokim stopniu zagrażała życiu położnic.

W obu przypadkach środki używane zwykle w celu skrzepienia choréj, podniesienia parcia krwi i wzmożenia akcyi serca nie prowadziły do celu; co chwila występowały mdłości, szum w uszach, uczucie duszności, tętno malało i nikło. W takim stanie rzeczy powziął autor myśl wprowadzenia do krwiobiegu znaczniejszéj ilości 0,6% rozczynu soli kuchennéj. W przypadku pierwszym, nie mając pod ręką odpowiedniego przyrządu do wstrzykiwań podskórnych, wprowadził na razie 1000 Cctm. wspomnianego rozczynu w postaci irrigacyi do kiszki stolcowéj, poczem stan choréj nieco się poprawił; nie na długo jednak, bo już w dwie godziny powróciły dawne przypadłości i wtedy z zachowaniem wszelkich prawideł przeciwpasorzytniczych wstrzyknięto choréj pod skórę, w okolicy łopatek i pośladków 900 Cctm. 0,6% rozczynu soli kuchennéj o ciepłocie 37°C.

Działanie pomyślne uwidoczniło się wkrótce, a choroba w krótkim czasie zakończyła się pomyślnie.

Przypadek 2, bardzo do pierwszego zresztą podobny, różni się tem tylko, że krwotok pojawił się podczas porodu i że aż dwóch injekcyj potrzeba było, aby otrzymać pożądany skutek.

Poród w dalszym ciągu odbył się prawidłowo, a połóg zakłócony był tylko przez wytworzenie się ropni w miejscach, gdzie były robione wstrzykiwania.

Rozbierając daléj odnośne przypadki, przychodzi autor do wniosku, że wstrzykiwania rozczynu soli kuchennéj, należy robić dość wcześnie, dopóki chora posiada jeszcze dość siły, by tak wielką ilość płynu wprowadzonego do naczyń przepchać przez narząd krążenia, a tkanki dość żywotności, by płyn ten mógł uledz wessaniu; to też skutek bywa wątpliwym u osób z lichem sercem i o lichem odżywieniu. Jako dostateczną ilość uważa autor 1000 Cctm. płynu, nawołując jednak do ścisłego przestrzegania antyseptyki, gdyż w takim tylko razie rękoczyn, sam w sobie zresztą prosty i do wykonania łatwy, nie pociąga żadnych złych następstw. (*Kron. lek.* Nr. 4. 1892.) *Dr. L. Korczyński.*

Choroby skórne i weneryczne.

N e u m a n n: **Leczenie kiły wstrzykiwaniami asparaginianu rtęciowego.**

Asparaginian rtęciowy otrzymał pierwszy w r. 1880 Wolff w Strassburgu sposobem bardzo zawiłym, i dopiero Ludwig w Wiedniu uprościł go znacznie. Według Ludwiga należy 1 gr. asparaginy rozpuścić w ciepłéj wodzie, poczem dodaje się dopóty tlenku rtęciowego, aż zostaje pewna część takowego nierozpuszczoną. Ciecz w ten sposób utworzoną należy przesączyć. W dokładnie oznaczonéj ilości téj cieczy, oznacza się za pomocą strącania kw. siarkowodowym lub metodą Ludwiga ilość zawartéj rtęci metalicznéj i następnie rozcięcza się ją wodą do rozczynu 1 lub 2%. Neumann przetworem tym leczył 37 chorych. Wstrzykiwał albo podskórnie między łopatki lub też miąższowo w pośladki jednę strzykawkę Prawaza płynu, który w téj ilości zawiera 0.01 rtęci. Wstrzykiwania powtarzano codziennie; są one mało bolesne, a chorzy bardzo dobrze je znoszą. Czas leczenia trwał przeciętnie 40 dni. Środek ten odznacza się tem, że rtęć przy użyciu go nadzwyczaj szybko ulega wessaniu i przyswojeniu i również szybko wydziela się z moczem. Po dawce 0·01 już po 24 godzinach znajdowano 0·001 rtęci w moczu. (*Wr. med. Blt.* Nr. 9. 1892.) *Dr. Mendelsburg.*

T a y l o r: **Przyczynek do leczenia poronnego kiły za pomocą wycinania wrzodu pierwotnego.**

W przeciwieństwie do najnowszych ogłoszeń Julliena i Leloira uważa Taylor leczenie poronne kiły za pomocą wycinania wrzodu pierwotnego za zupełnie bezużyteczne.

Przyczyna niepowodzenia tkwi w tem, iż zmiany w naczyniach krwionośnych i limfatycznych w znacznéj odległości od miejsca zaszczepionego już powstały, zanim jeszcze wrzód

można było spostrzedz i że z tego powodu wycięcie nigdy nie bywa doszczętne. Badanie drobnowidowe dwóch przypadków wykazało już we wczesnym okresie bardzo daleko rozwinięte cierpienie.

W jednym przypadku powstało dopiero w 18 dni po zarażeniu na wolnym brzegu napletka małe stwardnienie; pomimo jednak tego, iż cały około $1^1/_2$ cala długi napletek wycięto, nie znaleziono na dnie ograniczonych zmian kiłowych w naczyniach. Zapalenie śródżylne i ożylne jest cechą drobnowidowego obrazu; nadzwyczaj szybkie rozszerzanie się „jadu" za pośrednictwem naczyń niweczy wszelkie operacyjne usiłowania. W istocie rzeczy otrzymał także Kullnew podobne wyniki. (*Ctbl. f. Chir.* Nr. 3. 1892). *Dr. Skobel.*

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 czerwca. Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich poruszono (ponownie) myśl wydawania archiwu, w którym umieszczone być mogłyby prace lekarskie większych rozmiarów. Myśl ta, zapewne jako niedojrzała jeszcze, nie stała się przedmiotem rozpraw, a sprawę odroczono — *ad feliciora tempora.* Tymczasem redakcyja *Nowin lekarskich* w Nrze 3 z r. b., powołując się na ową myśl, rozwija ją w ten sposób, iż oświadcza się za wydawaniem takiego archiwu w języku niemieckim, na wzór podobnego wydawnictwa w języku niemieckim, jakie podjęli Szwedzi i Węgrzy, i projekt ten swój podają pod sąd Krakowa i Warszawy. Nie uważaliśmy za wskazane wypowiedziec sąd swój w téj mierze, ponieważ ze swéj strony już raz, a mianowicie gdy wniosek o wydawanie archiwu lekarskiego w języku polskim uczyniono na Zjeździe poznańskim, na jednem z posiedzeń ogólnych wystąpiliśmy stanowczo przeciw temu wnioskowi, który też nie utrzymał się. Obecnie zabiera głos redakcyja *Gazety lekarskiej* w Nrze 23, również stanowczo występując przeciw projektowi *Nowin lekarskich*, podając bardzo trafne motywa swego odmiennego zapatrywania i zamiast Szwedów i Węgrów radząc naśladować przykład Czechów, którzy w swoim *Sborniku*, wychodzącym w języku czeskim, po każdéj pracy podają streszczenie w języku francuskim, jako najbardziéj znanym i przystępnym dla lekarzy całego świata. — Zgadzając się w zupełności na te motywa pozwalamy sobie ponowić uwagę, czynioną na Zjeździe poznańskim, a mianowicie, że my oddawna posiadamy już rodzaj archiwu w *Pamiętniku Tow. lek. warszawskiego*, który to organ atoli, przeznaczony właśnie dla większych prac naukowych, liczy bardzo skromną liczbę abonentów; jeżeli więc lekarze polscy czują rzeczywistą potrzebę archiwu, to zamiast robienia nowych prób, wypadałoby tylko poprzeć wychodzący oddawna „Pamiętnik" licznym abonentem, a wtedy Redakcyja a względnie właściciele „Pamiętnika" zgodziliby się zapewne na poczynienie w wydawnictwie zmian, jakie większość abonentów uważałyby za potrzebne; tym sposobem mielibyśmy archiw odpowiedni polski bez znacznego nowego nakładu, a z drugiéj strony przez poparcie ogólne oddalibyśmy hołd zasłudze jednego z najdawniejszych naszych wydawnictw. Zdanie to poddajemy pod sąd wszystkich lekarzy polskich, prosząc redakcyj pism lekarskich, jeżeli zgadzają się z tem zdaniem, o łaskawe powtórzenie go.

* Kol. prof. Rydygier donosi nam, że Zjazd chirurgów polskich odbędzie się i w roku bieżącym podobnie jak w poprzednich w polowie lipca, a mianowicie d. 12, 13 i 14 lipca i uprasza Szan. Kolegów o wczesne zgłaszanie odczytów.

* Od Zarządu zdrojowego w Krynicy, otrzymaliśmy następujące uwiadomienie z prośbą o umieszczenie:

„Wysokie c. k. Ministeryjum rolnictwa w Wiedniu przyzwoliło reskryptem z dnia 8 b. m. L. 6477 na bezpłatne udzielanie wód mineralnych Krynickich, o ile na to dozwolone kredyta starczą, do osobistego użytku pp. lekarzy.

Uprasza się przeto tych pp. lekarzy, którzyby zamierzali z tego przyzwolenia korzystać, aby raczyli wnieść podanie za pośrednictwem c. k. Zarządu zdrojowego w Krynicy do c. k. Dyrekcyi dóbr skarbowych we Lwowie, która zastrzega sobie w téj mierze prawo decyzyi".

* Redakcyja „Pamiętnika Tow. lek. warsz." zwraca nam uwagę, że sprawozdania z piśmiennictwa lek. polskiego zamieszcza już od lat czterech, a nie pojawiły się po raz pierwszy w roku ubiegłym, jak to podaliśmy w jednym z Nrów „Przeglądu Lek." z r. 1891. Prostujemy więc niniejszem wiadomość przez nas podaną.

* W tygodniu 21-ym (od 22—28 maja) było w Krakowie małżeństw 14, urodzeń 53, skonów 49, z tych z zapalenia płuc 9, z nieżytu żołądka i jelit 7, z gruźlicy 5, z dławca i błonicy 4, z duru brzusznego 3, z duru plamistego 3.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Nadzw. prof. dermatologii w Budapeszcie Dr. Schwimmer mianowany został profesorem zwyczajnym tamże. — Prof. Jakób Moleschott w Rzymie d. 9 sierpnia r. b. obchodzić będzie urodziny swe 70-te. — Prof. Klebs w Zurychu nie przyjął zaproszenia na katedrę w Chicago i przenosi się do Karlsruhe.

* **Zmarli:** We Wiedniu umarł przed paru dniami radzca dworu i profesor psychijatryi Dr. Teodor Meynert. W nim traci Wydział lek. wiedeński jednę z największych swych ozdób, nauki lekarskie wielce zasłużonego badacza tajników mózgu, a w szczególności psychijatryja klinicystę, który naukę o chorobach umysłowych usiłował popchnąć na nowe tory, opierając ją przeważnie na anatomii, a więc nadając jéj podstawę ścisłą. Pierwszorzędny mistrz w anatomii mózgu, rozległe posiadając wykształcenie ogólne a przedewszystkiem filozoficzne, zdawał się być powołanym do posunięcia naprzód psychijatryi nierównie chyżéj, aniżeli to zdołali pierwszorzędni młodéj téj nauki krzewiciele. Niestety z ogromem wiedzy nie szedł w parze dar jasnego wyrażania się ustnego i pisemnego, przez co prace jego odstraszały stylem ciężkim, często wprost niezrozumiałym i dlatego zaufania nie wzbudzały. — Prof. Meynert urodzony d. 15 czerwca 1833 r. nie doczekał się lat 60, i już oddawna złamany był cieleśnie i wyglądał nad swój wiek pomimo silnego ciałotworu. Doznawał w życiu swojem rozmaitych nieszczęść: stracił żonę, któréj wiele miał do zawdzięczenia, stracił syna jedynego, a w ostatnim czasie i córeczkę, a wreszcie ogłuchł na jedno ucho; umarł po kilkudniowéj chorobie z zapalenia płuc. Katedra jego zapewne nie tak prędko doczeka się obsadzenia, ponieważ Wiedeń dotychczas miał dwóch zwyczajnych profesorów psychijatryi, obok ś. p. Meynerta od lat kilku wykłada we Wiedniu psychijatryję i prof. Krafft-Ebing.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 15 czerwca o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). Porządek dzienny: 1) demonstracyja anatomo patologiczna przez kol. prof. Browicza; 2) kol. Sroczyński przedstawi chorą po operacyi *ptosis congenita* według metody Panasa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 18 Czerwca 1892. Nr. 25.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmuja:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr.	80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ „ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał
Wład. Matlakowski,
Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22.)

Mógłbym znacznie pomnożyć liczbę cytat, choćbym się nawet ograniczył jedynie do najwybitniejszych prac nad postępowaniem chirurgicznem w przypadkach zamknięcia przewodu kiszkowego. Nie posunęłoby to przecież sprawy ku rozwiązaniu dlatego, że przeważna większość ma na myśli ostre zamknięcia z ich najprzeróżniejszemi przyczynami, powikłaniami, niepewnem rozpoznaniem itd. Pozostawiając kwestyję wyboru operacyi w tych razach na boku, jako zanadto odbiegającą od naszego przedmiotu, ograniczymy się jedynie do zwężeń kiszki ślepéj. Wyżéj już nadmieniło się, iż co się tyczy téj ostatniéj, rozpoznanie nietylko siedliska zwężenia, ale nawet natury jego nie przedstawia żadnéj trudności w przeważającéj liczbie przypadków. Pod tym względem zwężenia kiszki ślepéj nietylko korzystnie dla chorego i operatora różnią się od wszystkich zazwyczaj ciemnych co do natury swéj zamknięć kiszki cienkiéj, lecz także wyróżniają się od zwężeń i zamknięć pozostałego odcinka kiszki grubéj, między któremi bywają przypadki trudne do rozpoznania z powodu głębokiego i ukrytego położenia w zgięciu wątrobowem, lub śledzionowem, niedostępnem dla dokładnego zbapania. Z chwilą więc, gdy przystępujemy do operacyi przy zwężeniu k. ślepéj, chory nie jest narażony na długotrwałe otwarcie jamy otrzewnéj, poszukiwanie miejsca zamknięcia, kolejne wydobywanie pętlic z jamy brzusznéj, lub wysunięcia się rozdętych jelit ze wszystkiemi niebezpieczeństwami ochłodzenia i zakażenia. Nie mniéj wyróżniają się zwężenia rakowate i bliznowate kiszki ślepéj swoim przebiegiem, który dostarcza lekarzowi nadzwyczaj cennych wskazówek co do drogi postępowania. Podczas gdy w zwężeniach nowotworowych kiszki grubéj przebieg może być tak skryty, objawy tak nieznaczne, że chory, zwłaszcza niewiele zwracający uwagi na swój stan, prawie nic nie jest w stanie powiedzieć o swojem cierpieniu, i objawy gwałtownego zamknięcia zjawić się mogą tak ostro, tak niespodziewanie, jak przy skręceniu, lub uwięźnięciu wewnętrznem, przy zwężeniu nowotworowem i bliznowatem kiszki ślepéj, o ile wskazuje zebrana przezemnie kazuistyka podobna ewentualność nigdy nie była spostrzeganą. Chory od dawnego czasu cierpi na objawy zwężenia: zaparcie stolca, rozwolnienie, boleści, odbijanie i t. p. Od dość dawna zauważył upośledzenie w odżywianiu, wychudnięcie. Od czasu do czasu objawy te wzmagają się najczęściéj skutkiem błędów w jedzeniu, do stopnia zamknięcia kanału pokarmowego: wtedy przychodzą silne boleści, wymioty, rozdęcie brzucha i brak wypróżnień, słowem rozwija się obraz *ileus*, lecz napad taki nigdy prawie nie dochodzi do stopnia gwałtowności i natężenia innych form zamknięcia *(occlusio)* kanału kiszkowego, a w bardzo wielu przypadkach raka kiszki ślepéj nigdy nie był obserwowany. Jeżeli zwrócimy się do zebranéj przezemnie kazuistyki, przekonać się łatwo, że tylko w jednym jedynym przypadku Sacré-Jacobs operacyja była dokonaną w czasie takiego napadu ostrego zamknięcia. Przy zwężeniu więc kiszki ślepéj operator prawie nigdy nie znajduje się w trudnem położeniu, jakie na nieszczęście jest prawidłem w innych formach zamknięcia przewodu kiszkowego: ma on wszelką swobodę działania; do niego należy wybór chwili operacyi, co większa on jest panem położenia, może bowiem chorego przygotować, może stworzyć warunki najkorzystniejsze dla siebie; a więc może oczyścić kanał pokarmowy opróżnić go z zawartości, do pewnego stopnia zdezynfekować przez podanie łagodnych środków dezynfekcyjnych; jeżeli przyszedł napad ostrego zamknięcia, zazwyczaj może go przeczekać, a przez stosowne postępowanie: opium, okłady ciepłe, kąpiele, głód, wlewanie Hegarowskie, napad usunąć. Co większa, lekarz jest w możności ogólny stan chorego przez uregulowanie dyjety i zalecenie łatwo strawnego jadła

znakomicie poprawić, zanim przystąpi do operacyi. I dlatego przy niéj nie mogą spotkać go rozmaite niemiłe powikłania, w rodzaju rozdęcia kiszek, ewentracyi, ciągłych ruchów robaczkowych, wymiotów, zapadu (*collapsus*). To są powody, dla których najkategoryczniéj wskazanem jest po wycięciu chorego odcinka kiszki ślepéj natychmiast przystąpić do jéj zeszycia, jak to robili dwaj tacy chirurgowie jak Billroth i Czerny.

Przy bliższem rozstrząśnięciu upadają też względy, któremi kierował się tyle doświadczony na polu chirurgii kiszkowéj Maydl. Radzi on *po* wycięciu kiszki, a zatem *po* przebyciu tak ciężkiéj i mozolnéj operacyi, niezeszywać, lecz utworzywszy rzyć sztuczną czekać około roku, czy nie wystąpi recydywa miejscowa, lub uogólnienie. Przeciw tem można powiedzieć: jeżeli recydywa nie przyjdzie w ciągu jednego, dwóch, lub więcéj lat, dla czegoż ten chory nie miał cieszyć się zupełnem zdrowiem w ciągu tego czasu, dlaczego musiał nosić swoje wstrętne kalectwo na brzuchu, a swój smutek i złowrogą myśl o grożnéj przyszłości w swéj duszy? Czy przetoka kanału kiszkowego jest w stanie zmniejszyć pewność recydywy miejscowéj? W razie rozpowszechnienia raka (*generalisatio*) obojętnem pozostaje, czy chory ma rzyć sztuczną, czy też miał dokonaną enterorafiję. W razie recydywy miejscowéj i ponownego zwężenia po doraźnem kiszki zeszyciu grozi mu wprawdzie operacyja powtórna, lecz ona niewiele co będzie cięższą od enterorafii, jaka zawisła nad chorym z rzycią sztuczną. Zresztą, o ile wskazuje kazuistyka, recydywa najczęściéj następuje w kresce, z gruczołów chłonnych, lub też chorzy mrą z charłactwa rakowatego wywołanego przez upowszechnienie nowotworu w gospodarstwie ustroju. Mało gdzie na innych organach jesteśmy wstanie bezkarnie dla chorego prowadzić cięcie tak daleko od granic nowotworu, jak w kiszce, a przez to samo znakomicie zmniejszyć prawdopodobieństwo recydywy miejscowéj w saméj ścianie jelita, zaczem idzie, że i prawdopodobieństwo zwężenia w przyszłości również się zmniejsza. Brak nam jest, co prawda, wiadomości dalszych o losach i zejściu chorych, którzy wyzdrowieli po wycięciu i zeszyciu kiszki z powodu raka, w jednym wszelako razie znajdujemy w kazuistyce wzmiankę, że choremu po téj operacyi zrobiono anastomozę z powodu ponownego zwężenia. W razie recydywy miejscowéj stan ogólny zazwyczaj bywa podkopany tak głęboko, iż niewarto jest robić żadnéj powtórnéj operacyi, choćby miejscowe warunki były jeszcze sprzyjającemi dla niéj.

Whitehead i inni odradzają znowu po wycięciu kiszki pierwotnéj enterorafii z obawy, żeby kał nie przedostał się do jamy otrzewnéj. Jak widzimy, jestto kwestyja dokładności i wytrzymałości szwu kiszkowego, która zarówno zjawia się przy enterorafii pierwotnéj, jak i przy następczéj, gdy przyjdzie chwila usunięcia sztucznéj rzyci: a powtarzamy, w większości przypadków chory przy raku k. ślepéj może być tak dobrze przygotowany do operacyi, że przewód pokarmowy bywa pustym. Z drugiéj strony choć Whitehead w swoim przypadku wykonał rzyć sztuczną, chory zmarł z zapalenia otrzewnéj.

Statystyka, jaką przytacza Hahn na korzyść *anus praeternaturalis*, jest tak szczupłą, że nie może przeciwważyć korzyści enterorafii doraźnéj. I nasze zestawienie nie jest obszerniejsze, wszelakoż dotyczy jednolitego materyjału, dlatego ośmielamy się je przytoczyć: 28 przypadków resekcyi, w 8 nałożono rzyć, z tego zmarło 4, gdy z pomiędzy 20 chorych z enterorafiją pierwotną zmarło 6. Zresztą przywiązuję niewielką wagę do cyfr małych, — śmierć bowiem w obu grupach wyjątkowo tylko nastąpiła z winy téj lub innéj metody operacyjnéj, najczęściéj zaś zależną była od innych przyczyn ubocznych; i tak weżmy chorych operowanych z rzycią:

W przypadku Whiteheada chora zmarła 18-go dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj; w dole biodrowem znaleziono zbiornik ropy.

W przyp Sacrégo śmierć nastąpiła z ostrego zakażenia i z zapadu (*collapsus*).

W przypadku Trombetty chory zmarł 16-go dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj, powstałego skutkiem pęknięcia kiszki.

W przypadku Koeniga śmierć nastąpiła z zapalenia otrzewnéj 4-go dnia po operacyi, powstałego skutkiem zgorzeli kiszki grubéj odartéj z kreski.

Pomijając przypadek Sacrégo, którego chory był operowany w czasie napadu ostrego zamknięcia i wedle powszechnie przyjętych zasad nie powinien był być poddany resekcyi, pozostali chorzy zmarli z zapalenia otrzewnéj, którego nie można wprowadzić w związek przyczynowy z utworzeniem rzyci, przynajmniéj w przypadkach Koeniga i Trombetty.

Przechodząc do przypadków, które się zakończyły niepomyślnie po doraźnéj enterorafii, widzimy, że:

W przypadku Kraussolda śmierć nastąpiła w dwie godziny po operacyi, bardzo ciężkiéj zpowodu zrostów z wielkiemi naczyniami i przetoki kałowéj.

W przypadku Thierscha chory zmarł z zapalenia otrzewnéj na drugi dzień po operacyi, która była mozolną zpowodu przetok i owrzodzeń gruczołów chłonnych.

W przypadku Czernego operacyja trwała 4 godziny, chory zmarł z utraty sił; musiano wyciąć część dwunastnicy zpowodu połączenia jéj z kiszką ślepą, obszerne zrosty z innemi trzewami.

W przypadku Billrotha 4-go dnia po operacyi wystąpiły objawy niedrożności, a choć zrobiono sztuczną rzyć, chory zmarł 7-go dnia po operacyi; ważny ten przypadek nie może być należycie oświetlony zpowodu braku sekcyi.

W przypadku Jonesa śmierć nastąpiła 3-go dnia po operacyi z zapalenia otrzewnéj.

Nakoniec w drugim przypadku Czernego śmierć była następstwem zapalenia otrzewnéj powstałego skutkiem zgorzeli brzegów kiszki w linii szwu.

A więc co najwyżéj w trzech ostatnich przypadkach obwinićby można było samą metodę, gdyby nie okoliczność, że w ostatnim z przytoczonych tu przypadków, chory uległ jednocześnie wycięciu nerki i operacyja była bardzo ciężką zpowodu obszernych zrostów, a co najważniejsza, że już w czasie operacyi przy oddzieleniu guza w okolicy mięśnia *ileopsoas* natrafiono na ropień, który prawdopodobnie niemało przyczynił się do niepomyślnego zejścia. Jeżeli porównamy przypadki zakończone śmiercią po jednéj i po drugiéj operacyi, po utworzeniu sztucznéj rzyci, i po enterorafii doraźnéj, przekonamy się, że te ostatnie były bez porównania trudniejsze, i że opuszczenie w nich aktu zeszycia kiszki oprócz skrócenia czasu trwania operacyi, w niczemby nie ułatwiło innych aktów, gdyby nawet zdecydowano się w nich zrobić rzyć sztuczną zamiast zeszycia przeciętego jelita. Okoliczność, że w przypadku Billrotha śmierć nastąpiła skutkiem niedroż-

ności, a w przypadkach Jonesa i Czernego skutkiem puszczenia szwu, nie przemawia bynajmniéj przeciw enterorafii doraźnéj, świadczy tylko o niedokladności i niepewności dotychczasowych metod szycia, ta sama bowiem ewentualność mogła spotkać chorych gdyby, wedle rady Maydla, przeczekawszy rok po resekcyi kiszki, poddali się zeszyciu kiszki następowemu z powodu sztucznéj rzyci.

Długość wyciętéj części kiszki nie miala, sądząc z zebranéj kazuistyki, żadnego wpływu na zejście: z jednéj strony spotykamy przypadki, w których wycięto 16 (Bouilly), 17 (Czerny), 20 (Suchier), 23 (Hofmokl) 25 cm. (Bergmann) zakończone wyzdrowieniem, podczas gdy z drugiéj niebrak przykładów, iż po wycięciu daleko mniejszych odcinków operacyja zakończyła się niepomyślnie. Natomiast okoliczność ta może wpłynąć stanowczo na wybór operacyi, gdy po rozleglem wycięciu okazać się może zeszycie doraźne końców jelita niepodobnem do wykonania.

Z pomiędzy zebranych tu przypadków resekcyi k. ślepéj ewentualność ta zaznaczoną jest w przypadku Koeniga, lecz dawniéj już zanotowaną jest w wielu obserwacyjach z wycięcia innych kiszek (Schede: *Berliner klin. Woch.* 1878 Martini: *Zeitschrift f. Heilkunde* 1880 i inni). Zrozumiałem jest, iż nietyle sama długość wyciętéj kiszki zmuszala operatora do wszycia obu końców w ranie brzusznéj, ile ich utwierdzenie, niepozwalające na swobodne przesunięcie i spojenie. W tych razach postępowano dwojako: albo wszywano oba końce w ranie brzusznéj, albo obwodowy zaszywano i wpuszczano do jamy otrzewnéj. Oba te sposoby są równie fatalne dla chorego, skazują go bowiem na dożywotnią przetokę kalową.

Ostatnie dopiero czasy, ośmielone powodzeniem, opartem na aseptycznéj metodzie, wskrzesiły Maisonneuveowską anastomozę kiszek, i dały w rękę chirurgowi środek obejścia wstrętnego kalectwa. Zastanowimy się obecnie nad nią jako nad trzecią konkurencyjną metodą (obok enterorafii doraźnéj i rzyci sztucznéj), wstępującą w swoje prawa po resekcyi chorego kawałka jelita.

Wiadomo, że pierwszy pomysł w przypadkach nieprzezwyciężonych trudności operacyjnych połączenia ze sobą pętlic powyżéj i poniżéj przeszkody, celem utorowania nowego koryta dla zawartości kiszkowéj z ominięciem zawady, należy się Maisonneuveowi [1]), który w 1841 r. podał do wiadomości nową operacyję, mającą na celu obejście przeszkody siedzącéj na zastawce Bauhina, zapomocą nacięcia kiszki cienkiéj i wszycia górnego jéj końca w kiszkę grubą poniżéj przeszkody. Robert, Malgaigne i Chassaignac podnieśli przeciw operacyi nazwanéj colenterostomia ciężkie uzasadnione zarzuty; to też we Francyi, oprócz Maisonneuvea, który w roku 1854 [2]) wykonał ją dwa razy z niepomyślnem zejściem, nie znalazła zwolenników. Operacyja ta, zarówno jak doświadczenia Maisonneveua na psach, oraz liczne doświadczenia Hakena pod kierunkiem Adelmanna dokonane w kilka lat późniéj (1861), dowodzące wykonalności operacyi, poszły w zupełne zapomnienie. Dopiero od czasu, gdy Billroth w r. 1883 wykonał ją w przypadku zwężenia bliznowatego kiszki ślepéj, weszła na nowo na porządek dzienny. Billroth odrazu postawił kwestyję w właściwy sposób, a mianowicie, że w przypadkach zwężenia kiszki, w których po dokonanéj laparotomii okazuje się, iż resekcyja niemożliwą jest z powodu rozległych zrostów, zamiast sztucznéj rzyci wskazane jest spojenie kiszki powyżéj przeszkody z pętlicą poniżéj tejże się znajdującą. Wölfler okazywał preparat otrzymany przez Billrotha na Zjeździe Chirurgów w r. 1883 i nadał operacyi szerszy rozgłos.

W 1887 r. w sekcyi chirurgicznéj IX-go Zjazdu Międzynarodowego w Washingtonie czytał Senn (z Milwaukee) swoją wielkiéj doniosłości pracę doświadczalną nad chirugiją kiszek [1]). Praca ta oparta na 150 operacyjach na zwierzętach, szeroko pomyślana, i dotykająca najrozmaitszych stron przedmiotu, miała zasłużony rozgłos i dała impuls do całego szeregu prac doświadczalnych, rozwijających lub udoskonalających metody autora, — jak Caponotty [2]), Brokawa [3]), Reichela [4]), Davisa [5]). (C. d. n.)

[1]) *Gazette des Hôpitaux.* 1841. str. 168—204. — [2]) *Gazette des Hopitaux* 1854. str. 76. Sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa Chirurgicznego.

[1]) *An experimental contribution to intestinal Surgery with special reference to the treament of intestinal obstruction Annals of Surgery* 1888. T. VII. — [2]) Streszczenie w *Ctbl. f. Chirurgie* 1890 str. 150. — [3]) Tamże str. 511. — [4]) Tamże str. 542. — [5]) Tamże str. 783.

II. Z kliniki chorób dzieci prof. Dra Jakubowskiego.

O intubacyi w dławcu.

Napisał

Dr. Stanisław Momidłowski,

asystent tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 23).

Przed podaniem opisu przypadków leczonych za pomocą intubacyi muszę pokrótce wspomnieć o wynikach, jakie osiągnęliśmy w dławcu tak pierwotnym jak i następowym, posługując się tracheotomiją. Od roku 1876 aż do listopada 1891 wykonano ogółem: 396 tracheotomij, z tego uleczono 148, zmarło 248, procent więc uleczonych wynosił 37·37.

Odsetki uleczeń w pojedynczych latach różnie się przedstawiają, zależnie od nasilenia epidemii, gdyż operując zresztą w równych warunkach czemu innemu różnic przypisać nie możemy i tak:

	tracheotomij,	uleczonych,	zmarło,	proc. ulecz.
od r. 1876—1885	68	23	45	32·8
w r. 1886	17	9	8	53
„ 1887	37	14	23	37·8
„ 1888	62	17	45	27
„ 1889	94	40	54	42 5
„ 1890	118	45	73	38 13
	396	148	248	37·37%

Wyniki nasze dotychczasowe po tracheotomii nie należą do najgorszych (843 ulecz. 336, 39·8%) w porównaniu z wynikami innych [1]), mimo że tracheotomija wykonywaną zwykle była w warunkach niekorzystnych, bo zawsze tylko tam, gdzie niezbędnie była potrzebną, więc gdy duszność dosięgła najwyższego stopnia, bez względu na wiek i odżywienie chorego, możliwe powikłania, bez względu wreszcie, czy mieliśmy do czynienia z dławcem pierwotnym, czy następowym. Nie jest wreszcie obojętną dla dalszego przebiegu choroby i ta okoliczność, że zazwyczaj rękoczyn wykonywanym bywał na dziecku znużonem długą podróżą, często konającem, lub

[1]) Wiederhofer w 11 latach 1218 ulecz. 532, proc. ulecz. 43·6. Sprawozdanie Rankego z różnych klinik przeważnie w r 1890 wykonanych.

osłabionem utratą krwi i energicznie stosowanemi środkami wewnętrznemi.

Rozpoczynając intubacyję w końcu r. 1890, początkowo chciałem wybierać (podobnie jak to czynił Wiederhofer) tylko przypadki dławca niczem nie powikłane i gdzie rokować można było dobrze wykonywając tracheotomiję nie zaś intubacyję. Dotyczy to jednak tylko kilkunastu pierwszych przypadków, później bowiem, ze względu na szczupłość materyjału, a chcąc sobie wyrobić zdanie o skuteczności intubacyi i w mniéj pomyślnych przypadkach, robiłem ją prawie u każdego nadarzającego się chorego. W sierpniu i wrześniu 1891 wykonywano tylko tracheotomiję, obecnie zaś trzymając się pewnych wskazań, naprzemian tracheotomiję i intubacyję.

Okres ten od końca listopada r. 1890 do 25/XI 1891, obejmuje 153 przypadki, z tego 82 intubowanych, 71 tracheotomowanych.

Z powodu	Uleczono	Nie ulecz.	Zmarło	Razem
Dławca krtani dyfterytycznego pierwotnego . . .	32	2[1])	42	76
Dławca krtani następowego (w przebiegu odry) .	3	—	3	6
	35	2	45	82

czyli procent wyleczonych wynosi 42·6%.

Znacznie niekorzystniéj przedstawiają się stosunki u dzieci tracheotomowanych, gdyż z 71 tracheot. 15 uleczonych, 56 zmarło — 21% uleczonych.

Porównywając wyniki obu metodami uzyskane, widzimy znaczną przewagę po stronie intubacyi, bo procent tą drogą uleczonych przewyższa w dwójnasób uleczonych tracheotomiją, a nawet jest korzystniejszym niż procent u tracheotomowanych w latach poprzednich.

W gruncie rzeczy jednak korzyści nie są tak znaczne, bo uwzględniając równocześnie wyniki drogą tracheotomii otrzymane, czyli biorąc na uwagę sumę uleczonych obu sposobami, otrzymujemy procent uleczonych 32·68, niższy niż w latach poprzednich, gdy samą tylko tracheotomiję wykonywano.

82 intubacyj	35 uleczonych	47 zmarło	42·6%	uleczonych.
71 tracheot.	15 „	56 „	21·1%	„
153 zabiegów	50 uleczonych	103 zmarło	32·68%	uleczonych.

Że liczba uleczonych obu rękoczynami w roku zeszłym jest mniejszą niż w latach poprzednich, gdy posługiwano się samą tracheotomiją, przypisać to musimy nasileniu epidemii dławca, odznaczała się ona szczególną złośliwością, bo występowała w postaci dławca zstępującego (*bronchitis crouposa*) obok równoczesnego zajęcia jamy gardzielowéj i ogólnego zakażenia błonicowego.

Korzystne dla intubacyj pierwszych wybieranie przypadków niczem nie powiklanych, gdzie już z góry przed zabiegiem dobrze rokować było można, w zupełności odpada, jeżeli zważymy, że właśnie w 20 pierwszych intubacyjach zaledwo 4 dzieci uleczono 20%, zresztą w miesiącach lipcu i sierpniu pomyślnych dla pooperacyjnego przebiegu dławca, gdy samą tylko tracheotomiję wykonywano, wyniki nie były zbyt pomyślnemi, gdyż na 13 chorych 4 tylko uleczono.

[1]) Oboje dzieci na żądanie wydane do domu w drugim dniu po zabraniu z zakładu zmarły.

W każdym razie nie przesądzając już dzisiaj wartości intubacyi, większy procent sposobem tym uleczonych, w porównaniu z wynikami, jakie w roku zeszłym tracheotomiją uzyskaliśmy, usposabia dla tejże korzystnie, a co najmniéj zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

Wyniki leczenia intubowanych i tracheotomowanych z uwzględnieniem wieku tychże.

1) Intubowani.

	uleczonych	zmarło	razem
w 1 roku	—	2	2
„ 2 „	6	12	18
„ 3 „	13	11	24
„ 4 „	7	9	16
„ 5 „	4	3	7
„ 6 „	2	6	8
„ 7 „	3	4	7
Razem	35	47	82

2) Tracheotomija w ostatnich 4 latach.

	uleczonych	zmarło	razem
w 1 roku	—	5	5
od 1 do 2 r.	9	40	49
„ 2 „ 3 „	25	63	88
„ 3 „ 4 „	30	51	81
„ 4 „ 5 „	24	27	51
„ 5 „ 8 „	24	23	47
	112	209	321

Lekarze amerykańscy podnoszą, że intubacyja w 1-ym roku życia daje lepsze wyniki niż tracheotomija, a o tem samem wspomina i Ranke równocześnie dodając, że od 2 go roku różnic tych już niema.

U chorych naszych wyższości intubacyi nad tracheotomiją w 1-ym roku życia nie stwierdziliśmy, natomiast w 2 i 3-im zdaje się dawać lepsze wyniki niż tracheotomija, u dzieci zaś starszych różnic niema.

Pozostawiając rozstrzygnięcie sprawy téj następnym doświadczeniom, dziś ze względu na ujemne strony intubacyi u dzieci poniżéj dwóch lat, chętniéj skłoniłbym się do wykonania tracheotomii niż intubacyi. Pominąwszy już to, że wprowadzenie i wyjęcie tubusa u dzieci poniżéj 2 lat na znaczne napotyka trudności z powodu małéj pojemności jamy gardzielowéj, pozostaje jeszcze obawa przed odleżyną, utrudnionem karmieniem i nagromadzeniem się wydzieliny w oskrzelach, z powodu niedostatecznego odkrztuszania.

Jak długo pozostawał tubus w tchawicy u dzieci wyleczonych:

1 dzień	1	następowa tracheotomija
2 dni	8	
3 „	15	
4 „	4	
5 „	3	
6 „	1	
8 „	2	jeden następowo tracheotomowany
10—11 „	1	następowa tracheotomija
Razem	35.	

Ostateczne więc wyjęcie rurki przypadało między ukończonym drugim a początkiem dnia czwartego, kaniula zaś

w przypadkach *tracheotomia superior* wyjmowaną była między 10 a 14 dniem, w przypadkach *inferior* między 4 a 8.

Korzystniéj więc pod tym względem przedstawiałaby się intubacyja niż tracheotomija, lecz przy ostatniéj mniéj obawiamy się odleżyny, zresztą robiąc tylko tracheotomiję niższą, znacznie szybciéj kaniulę usuwać możemy (Wiederhofer między 3 i 4-tym dniem).

Na 82 intubacyj wykonano następową tracheotomiję 35 razy z trzema wyleczeniami 8·5%. Z trzech wyleczonych u jednego w 24 godzin po pierwszéj intubacyi, z powodu częstego odkrztuszania rurki, gdy założenie następnéj grubszéj jak odpowiadała wiekowi dziecka, pozostało bez skutku, u drugiego w dniu 8, z powodu stale utrzymującéj się duszności, któréj przyczyną, jak przekonaliśmy się po tracheotomii, był krup przewlekły krtani i tchawicy, w przypadku wreszcie 3-im, gdzie następową tracheotomiję wykonano w d. 11, przyczyny zwężenia krtani szukać należało w obrzęku błony śluzowéj poniżéj więzadeł głosowych. U wszystkich trzech chorych wykonano cricotracheotomiję dla łatwiejszego zbadania przyczyny duszności.

U 32 zmarłych, w przeważnéj liczbie przypadków, bo u 23 chorych wykonywano następową tracheotomiję, z powodu szerzenia się dławca w tchawicy i oskrzelach (*tracheobronchitis crouposa*), a objawem tegoż była stale utrzymująca się duszność, sinica, przyspieszenie oddechu, zaciągania przestworów żebrowych i łuków, mimo zniesienia przeszkody oddechowéj w saméj krtani, obok znacznie podniesionéj ciepłoty ciała. U 5 chorych, przeważnie poniżéj 2 lat, z powodu niedostatecznego odkrztuszania i gromadzenia się wydzieliny w oskrzelach, z obawy przed rozwinięciem się zapalenia płuc, w 2 przypadkach przystąpiono do tracheotomii, gdy chorzy zbyt często tubus wykrztuszali, wreszcie w 2 ostatnich z obawy przed odleżyną, gdy rurki po dniach 12 usunąć nie było można.

Czas, w jakim w przypadkach kończących się śmiercią przystąpiono do następowéj tracheotomii:

Tracheotomiję wykonano z powodu	zaraz po intubacyi	w dniu 1-ym	2-im	3-im	4-ym	5-ym	10—12	Razem
Tracheobronchitis crouposa	2	9	5	4	2	1	—	23
Niedostatecznego odkrztuszania	—	3	2	—	—	—	—	5
Częstego odkrztuszania rurki	—	—	2	—	—	—	—	2
Obawy przed odleżyną	—	—	—	—	—	—	2	2
Razem	2	12	9	4	2	1	2	32

Najczęstszą okazuje się zatem potrzeba następowéj tracheotomii między dniem 1 a 3. W dwóch przypadkach, w których zaraz po intubacyi przystąpiono do następowéj tracheotomii, przyczyną było nagłe zatkanie otworu tubusa grubą błoną krupową zepchniętą przy zakładaniu, gdy natychmiastowe wyjęcie i powtórne założenie pozostało bez skutku.

W przeważnéj ilości przypadków, bo w 23, śmierć po wykonanéj tracheotomii nastąpiła w dniu pierwszym lub z początkiem drugiego, wśród objawów klinicznych dławca tchawicy i oskrzeli, u 5 zmarłych między dniem 5 a 14-ym z powodu zapalenia płuc bądź płatowego bądź ogniskowego, u 4 wreszcie chorych przyczyną śmierci były choroby przypadkowe, jak odra i płonica z swojemi powikłaniami, w czasie tym nagminnie panujące.

Takież same niepomyślne wyniki po następowéj tracheotomii ogłaszają i inni. Na 70 przypadków zestawionych przez Wiederhofera zaledwo 7 wyleczeń, zaś na 83 Rankego w roku 1891 [1]) w różnych miejscach wykonanych 6 wyleczeń, przyczem ostatni podnosi, że jakkolwiek następowa tracheotomija po intubacyi daje wyniki dosyć niepomyślne, to jednak jest pocieszające, że w pewnych stosunkach połączenie obu zabiegów więcéj zdziałać jest w stanie, niż sama intubacyja.

Wyniki 32 oględzin pośmiertnych z 47 umarłych po intubacyi i 57 tracheotomowanych w ostatnich czasach:

Główna przyczyna śmierci	Intubowani	Tracheotomowani
Tracheobronchitis crouposa, pneumonia lobularis	15	17
Tracheobronchitis crouposa	5	12
Pneumonia lobularis	6	11
Pneumonia crouposa	6	8
Bronchitis suppurativa	—	7
Inne, jak: degeneratio musculi cordis, Nephritis, krwotok	—	2
Razem	32	57

U jednego chorego w dniu 4-tym po pierwszéj intubacyi tracheotomowanego, u którego w dniu 5 rozwinęła się płonica, zmarł zaś w dniu 11-tym po dokonanéj tracheotomii, znaleziono przy sekcyi, prócz obustronnego zapalenia płuc płatowego i rozległéj odleżyny na ścianie tylnéj tchawicy od kaniuli pochodzącéj, ognisko ropne w płucu lewem, powstanie którego jednak snadnie aspirowaniu cząstek rany tracheotomijnéj lub z odleżyny przypisać można.

Jakkolwiek przedwczesniemby było z liczb powyższych jakieś wnioski wysnuwać, to jednak już dziś powiedziec musimy, że nie widzimy znaczniejszych różnic w częstości występowania spraw zapalnych po intubacyi a tracheotomii.

Zresztą powikłania w przebiegu leczenia pooperacyjnego występujące w znacznéj części zależą od jakości epidemii dławca, wreszcie od czasu, w jakim chory po dokonanym rękoczynie umiera. Zależność od epidemii szczególniéj dotyczy powikłań z zapaleniem dławcowem tchawicy i oskrzeli, które zazwyczaj okresowo pojawia się. Każdemu, kto miał sposobność obserwowania wielu przypadków dławca po tracheotomii, żywo zapewne stoi w pamięci, że niekiedy tygodnie upływają, gdzie każdy chory tem powikłaniem jest dotknięty, z zejściem zwykle niepomyślnem, gdy znowu w innym czasie powikłanie to do rzadkości należy.

[1]) *Münchener medic. Wochenschrift* 40. 1891.

Zapalenie płuc ogniskowe, płatowe lub ropne zapalenia oskrzeli spostrzegamy znowu częściéj u dzieci w dni kilka lub kilkanaście po dokonanéj tracheotomii zmarłych, niż gdy zejście nastąpi w dniu pierwszym lub drugim.

Na 32 oględzin pośmiertnych dzieci intubowanych w 6. przypadkach znaleziono odleżynę, a to: 3 razy ubytki powierzchowne na przedniéj ścianie tchawicy odpowiednio dolnemu końcowi tubusa, 2 razy głębszą i rozleglejszą, ale na ścianie tylnéj i u dzieci po intubacyi tracheotomowanych w 5 i 11 dniu po tracheotomii zmarłych, więc odleżynę od kaniuli pochodzącą, raz, a dotyczy to dziecka $1^1/_2$ roku liczącego w dni 4 po pierwszéj intubacyi zmarłego, odleżynę wielkości grochu na ścianie przedniéj tchawicy w okolicy chrząstki pierścieniowéj z obnażeniem téjże.

Na podstawie więc spostrzeżeń poczynionych przez innych, jak i własnych doświadczeń, przychodzimy do przekonania, że jakkolwiek intubacyja tracheotomii zastąpić nie jest w stanie, to obok niéj lub też w połączeniu z nią więcéj zdziałać może niż sama tracheotomija, zwłaszcza gdy z biegiem czasu określić się dadzą wskazania, kiedy intubacyję, kiedy zaś odrazu tracheotomiję wykonać należy.

Przeciwskazaniami dla niéj będą: 1) Wszystko co odporność organizmu a tem samem odporność tkanek zmniejsza (z obawy przed odleżyną); *a*) wczesny wiek dziecka, poniżéj dwóch lat, *b*) rozległa błonica migdałków z równocsesnem ogólnem zakażeniem, *c*) powikłania dławca z odrą, płonicą lub zapaleniem płuc.

2) Znaczny przerost migdałków, gdyż takowy rękoczyn utrudnia.

3) Sprawa chorobowa szerząca sie na tchawicę i oskrzela (*bronchitis crouposa*), gdyż w takim razie intubacyja poprzedza tylko następową tracheotomiję u dziecka w mniéj korzystnych warunkach, bo już poprzednim zabiegiem zmęczonego.

W przypadkach do zabiegu tego nadających się jest ona przy pewnéj wprawie od tracheotomii zabiegiem łatwiejszym, szybciéj wykonać się dającym, nie wymaga umiejętnej asysty, skraca znacznie czas leczenia pooperacyjnego i w wielu przypadkach ułatwia zadanie tak lekarzowi jak i otoczeniu. Nie naraża dziecka na powikłania towarzyszące często tracheotomii, jak dyfteryja, róża przyranna, zapalenia ropne tkanki śródpiersiowéj, krwotoki, których to powikłań, tu gdzie postępowanie ściśle przeciwgnilne prawie jest niemożliwem, uniknąć trudno. W naszych wreszcie warunkach, gdzie nieraz bardzo trudno uzyskać zezwolenie rodziców na zabieg krwawy, jakim jest tracheotomija i tę ostatnią okoliczność podnieść należy.

Z drugiéj strony nie należy zapominać o stronach ujemnych intubacyi, któremi są: 1) w znacznéj ilości przypadków konieczność ciągłego nadzoru lekarza dobrze z obu zabiegami obeznanego; 2) nie rozjaśniona dotychczas należycie sprawa następowych zapaleń płuc i odleżyny.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby uszne.

Stacke (Erfurt): **Wskazania do usuwania młoteczka i kowadełka.**

Usuwano błonę bęb. z młoteczkiem względnie z kowadełkiem drogą operacyjną dotychczas w celu polepszenia słuchu, albo w celu wyleczenia pewnych postaci przewlekłych zapaleń ropnych w uchu środk Wskazanie pierwsze jest tylko uzasadnione w obec przeszkód w przewodnictwie głosu, znachodzących się zewnątrz strzemiączka, zwłaszcza w obec zupełnego zwapnienia bł. bębenkowéj, zrostu stawu młoteczko-kowadełkowatego, zrostu bł. bębenkowéj z wzgórkiem i w obec zarośnięcia trąbki, którego nie można usunąć. Wyniki otrzymane z operacyi wykonanéj z powodu tych wskazań nie są bardzo świetne, gdy z jednéj strony po największéj części istnieją jeszcze głębiej na okienkach błędnikowych przeszkody w przewodnictwie głosu, z drugiéj strony odradzaniu bł. bęb. wyciętéj nie zawsze można przeszkodzić. O wiele ważniejsze jest wycięcie kostek usznych w celu usunięcia ropni usznych, których inną drogą nie można wyleczyć. W przewlekłem uporczywem ropieniu, po największéj części kości są zajęte i w wielu przypadkach młoteczek sam, albo razem z kowadełkiem, są spróchniałe. Ich usunięcie sprowadza szybkie wyleczenie wtedy, jeżeli oprócz nich nie ma więcéj żadnych ognisk spróchniałych w uchu. Najczęściéj jednak towarzyszy téj sprawie próchnienie kości sąsiednich w stropie, które w zwykłych warunkach nie jest widzialne, i dla zabiegów leczniczych dostępne. W takich przypadkach polecano po bezskutecznem wycięciu młoteczka i kowadełka wydłutowanie wyrostka mostkowego, na co S. się zgadza tylko w tych razach, gdzie równocześnie jama sutkowa jest zajęta, albo gdy występują groźne objawy zatrzymania ropy. W obec nienaruszonego zaś wyrostka sutk. porzuca tą operacyę, jako nie odpowiadającą dzisiejszym wymogom chirurgicznym, albowiem w tym przypadku właściwe ognisko ropienia w sklepieniu zostaje nienaruszone i jest tylko dostępne dla prądu wody przestrzykiwanéj. Ponieważ S. kładzie największą wagę na leczenie ropienia w sklepieniu jamy bęb., podaje przeto nową metodę operacyjną polegającą na szerokiem otwarciu sklepienia. Zabieg ten umożebnia już podczas operacyi rozpoznanie, względnie wykluczenie równoczesnego zajęcia wyrostka sutk., a po oddaleniu kostek całe sklepienie dokładnie można przeglądać. Jeżeli we wejściu do jamy sutk. (*aditus ad antrum*) pokaże się ropa, żółciołajak lub próchnica, to otwiera się jamę sutk. tak, że wszystko co się znajduje między nią a jamą bęb., a więc cała tylna ściana kostna przewodu zostaje usuniętą. W taki sposób jama bęb., sklepienie, wejście (*aditus*) i jama sutkowa, przedstawiają się szeroko otwarte i łatwe do przejrzenia. Zgłębnik do wejścia wprowadzony służy do zoryjentowania się i do tego, aby uniknąć uszkodzenia n. twarzowego, lub przewodu półkolistego. Metody téj doświadczał S. w 9 przypadkach i jak doświadczenie poucza, słuch po operacyi się nie pogarsza. (*Archiv f. Ohrenheilk.* B. 31. H. 2—3). *Dr. Spira.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 18 maja 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. prof. Domański wnosi, aby Tow. lek. uchwaliło rezolucyję do Dyrekcyi kolei państwowych w sprawie umożliwienia bezpośredniéj kumunikacyi kolejowéj ze zdrojowiskami krajowemi. Wniosek po krótkiéj dyskusyi uchwalono.

3) Kol. prof. Obaliński przedstawił chorego, u którego usunął rzyć sztuczną za pomocą podanéj przez Hackera i Hochennega enteroanastomozy. Z wywiadów wnosi prelegent, iż u chorego, który w dniu 7 lutego b. r. przybył na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza, była przepuklina uwięźnięta, po któréj powstała przetoka kalowa, z biegiem czasu wyleczona. Po ponownem prawdopodobnie uwięźnięciu przepukliny utworzyła się rzyć sztuczna, wszystek bowiem kał wychodził sztucznym otworem w okolicy pachwinowéj prawéj. Prelegent mając bardzo dobre rezultaty przy leczeniu sztucznéj rzyci za pomocą resekcyi z natychmiastową enterorafiją i tym razem przystąpił

do tejże operacyi, w którym to celu wykonał laparatomiję za pomocą cięcia poprzecznego równolegle i nad więzem Pouparta przebiegającego. Gdy jednak się pokazało, że sztuczna rzyć utworzyła się w samem przejściu jelita biodrowego w kątnicę i że taż ostatnia na wielkiéj przestrzeni zrosła się z sąsiednią otrzewną ścienną, odstąpił od początkowo powziętego zamiaru, zaszył ranę laparatomijną i założył według dawnéj metody nożyce jelitowe Dupuytrena. Skutek był niezły, jakkolwiek nie zupełny; jakkolwiek bowiem większa część kału zwróciła się po kilku dniach ku kiszkom grubym i odbytnicy, to zawsze jednak jedna jego część odchodziła sztucznym otworem, czyli że pozostała przetoka kałowa. Aby tę usunąć postanowił prel. wykonać enteroanastomozę według Hackera-Hochenegga. W tym celu wykonał ponownie laparatomiję o jakie 3 ctm. po wyżéj pierwszego cięcia, a przeciąwszy jelito biodrowe przed otworem sztucznym i kiszką wstępującą tuż ponad kątnicą, połączył światła tychże ze sobą, zaś obydwa końce wyeliminowanéj kątnicy wszył w ranę laparatomijną, celem zapobieżenia rozkładowi kału tamże pozostałego. Z początku był przebieg bardzo dobry, trzeciego dnia jednak zwrócił się wszystek kał ku ranie laparatomijnéj, co tylko w ten sposób można było sobie wytłómaczyć; że szwy jelitowe zespajające j. biodrowe z kiszką wstępującą, puściły. Po kilku dniach zaczął jednak kał znów prawidłowo przez odbytnicę wychodzić a raną coraz to mniéj, w końcu zupełnie ustał tak, że obecnie wydobywa się przez wszyte w ranę końce jelita wyeliminowanego nieco śluzu z błony śluzowéj tegoż jelita pochodzącego. Ostateczne wygojenie da się osiągnąć przez przyżeganie.

W dyskusyi zabiera głos kol. Idziński i sądzi, że w dalszym przebiegu leczenia przedstawionego chorego napotka się na dwie możliwości. Albo przetoka zamknie się, a ze ścian pozostałego i wykluczonego z ogólnego połączenia jelita powstanie torbiel powiększający i wypełniający się zwolna wydzieliną błony śluzowéj — albo pomimo prawidłowego krążenia treści jelitowéj w nowo utworzonem korycie przetoka daléj utrzymywać się będzie. W każdym razie należy starać się przedewszystkiem o zagojenie przetoki a po wyleczeniu jéj, celem zapobieżenia pierwszéj ewentualności należy iść za najnowszemi wskazówkami Hochennega, t. j. przywrócić za pomocą powtórnej laparatomii i powtórnych połączeń dawne krążenie jelitowe.

Kol. prof. Obaliński zwraca uwagę, że laparatomija powtórna, jak tego chce Hochenneg, nie jest zabiegiem dla chorego obojętnym, a trzeba do tego przedewszystkiem zupełnego wyleczenia dolnéj przetoki.

Kol. prof. Cybulski przytacza doświadczenia Hermana zamieszczone w Archiwie Pflügera, gdzie autor zakładał u psów dla innych celów odbyt sztuczny, potem jednak ranę zaszył i pies wyzdrowiał. Używając w jakiś czas potem tego samego psa znalazł w zamkniętym odcinku jelita zupełnie prawidłowy kał. Rozpoczął więc badania w tym kierunku i wykazał, że błona śluzowa wydziela sama rzeczywiście znaczną ilość treści z początku płynnéj, która potem się zgęszcza. Z doświadczeń tych wynika więc, iż znaczna część bo $^7/_9$ kału jest produktem wydzielniczym błony śluzowéj jelita, reszta t. j. $^2/_9$ przypada na treść niestrawioną — a daléj wyjaśnia się przez to przyczyna, dla któréj przetoki kałowe tak trudno się goją, jak to ma miejsce w przedstawionym przypadku.

Kol. Bossowski, stwierdzając że takie przetoki bardzo trudno się goją, radzi iść za pierwotnym sposobem Hackera, tj. wykluczyć tę część jelita, a powstały wskutek tego torbiel osobno ekstyrpować.

Kol. Kryński godzi się ze zdaniem swego poprzednika, zaznaczając, iż laparatomija powtórna nie jest dla chorego zresztą zdrowego tak ciężkim zabiegiem.

Kol. prof. Mars zapytuje, czy kał Hermana był zabarwiony i czy były barwiki żółci.

Kol. prof. Cybulski nie przypomina sobie tego szczegółu dokładnie, zresztą doświadczenia i dalsze badania Hermana mają być, według zapewnień tegoż autora, wkrótce szczegółowo ogłoszone.

Kol. prof. Obaliński wyjaśnia, iż przedstawił przypadek w tym celu, aby wykazać jakie niekorzyści przedstawia metoda, która takiego nabrała rozgłosu; co do dalszego leczenia jest raczéj za ekstyrpacyją aniżeli za ponownem łączeniem jelita; wyjaśnienia kol. Cybulskiego tłómaczą mowcy znalezienie kału w wykluczonéj części jelita, nie pochodziło to więc z puszczenia szwów, jak to pierwotnie mniemał.

4) Kol. Ludomił Korczyński miał zapowiedziany odczyt „o stosowaniu gwajakolu u suchotników“. Rzecz ta będzie ogłoszoną w „Przeglądzie Lek.“. Prelegent uzupełnił swój odczyt historyjami chorób wraz z tablicami ciepłoty, tętna, wagi i t. p.

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Pieniążek i oświadczył, iż stosował też injekcyje gwajakolu z oliwą w równych częściach, poczem przystąpił do stosowania połączeń gwajakolu z alkaliami jako soli. W obszernym wywodzie, opierając się na ciężarze atomowym potasu, sodu i litu, wykazał mowca, iż najodpowiedniejszym jest gwajakolon litu, gdyż wstrzykując tę sól można prawie 2 razy więcéj gwajakolu wprowadzić, aniżeli to jest możliwe przy użyciu gwajakolanu sodu. Skutki stosowania gwajakolanu sodu nie są zachwycające, nie jest to jednak środek gorszy od innych a na uwagę zasługuje to, że większość chorych chwaliła takowy. Wstrzykiwał 20% rozczyn, bez użycia antiseptyki, a absces powstał tylko w jednym przypadku skutkiem nieostrożnego wstrzykiwania; dla uniknięcia bólu wstrzykiwał kokainę. Mówca radzi robić daléj doświadczenia z wstrzykiwaniem gwajakolu i to gwajakolanu litu.

Kol. Wachholz radzi podawać też gwajakol wewnętrznie jako *guajacolum carbonicum.*

Kol. Piątkowski zgadza się zupełnie z wynikami otrzymanemi przez kol. Korczyńskiego; zdaniem jego jednak toż zapalenie i zgorzele skórne jakoteż ropnie podskórne wydarzają się tylko wtedy, gdy strzykawkę Pravatza i igiełkę oczyszczamy wodą karbolową 5% lub 3% a nie rozczynem oliwnym gwajakolu. Gwajakol z wodą karbolową daje strąt, który we większéj ilości wstrzyknięty pod skórę wywołuje jako ciało obce zapalenie tejże a przy dostaniu się choć skąpéj ilości mikrokoków ropnie. Na kilkaset injekcyj, które sam stosował w salach klinicznych, nie otrzymał nigdy ani zgorzeli ani ropni oczyszczając strzykawkę przed użyciem rozczynem gwajakolu. Co do działania to na podstawie własnéj obserwacyi doszedł do wniosku, iż gwajakol u osób wynędzniałych lub dotkniętych gruźlicą w stopniu wysokim jest bezskutecznym, u osób zaś z niepodkopanem odżywieniem lub z małemi zmianami gruźliczemi wywołuje przybytek na wadze. W każdym razie stosowanie jego podskórne jest bardzo racyjonalnem, gdyż lekarz podając go w sposób powyższy nie drażni błony śluzowéj żołądka i jest świadomym jaka ilość leku została wessaną, przeciwnie niż przy podawaniu pigułek kreozotowych, które dla trudnéj rozpuszczalności po większéj części z organizmu wydalają się niestrawione.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 czerwca. Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 16 czerwca odbytem: 1) Kol. przewodniczący Ponikło powitał obecnego na posiedzeniu gościa Dra Goldhaara z gubernii Jekaterinosławskiej w Rosyi i przedłożył niektóre sprawy administracyjne. 2) Odnośnie do reskryptu prezydyum c. k. Namiestnictwa z d. 5/6 b. r. L. 5745/pr. uchwalono zamówić dla biblioteki Towarzystwa jeden egzemplarz protokołów z posiedzeń kongresu hygienicznego w Londynie w roku 1891 odbytego 3) Kol. Browicz przedstawił preparaty: *a)* częściowego braku trąbki macicznej u kobiety, której układ płciowo-rodny był zresztą prawidłowo wykształcony, *b)* mięsaka nerki u dziecięcia jednorocznego, *c) fibroma intercanaliculare vel arborescens,* gruczołu sutkowego, *d)* preparaty odnoszące się do zmian pęcherza moczowego skutkiem uwięźnięcia macicy ciężarnej. W dyskusyi zabierali głos koll. Mars, Cercha, Jakubowski, Zarewicz i prelegent. 4) Kol. Cybulski okazał bogatą seryję preparatów mikroskopowych rdzenia pacierzowego i mózgu, przygotowanych różnemi metodami, zwłaszcza sposobem Weigerta i Golgiego w zakładzie fizyjologicznym Uniw. Jag. przez Drda Mikuckiego. Preparaty te ustawione pod kilkunastu mikroskopami illustrowały przeglądowo utkanie poszczególnych części

i składników układu nerwowego środkowego. 5) Kol. Sroczyński przedstawił chorego, u którego wykonano operacyję plastyczną z powodu opadnięcia powieki górnéj i podał kilka uwag o tej chorobie i różnych metodach operacyjnego jej leczenia. W dyskusyi zabierali głos koll. Fajersztajn, Marcisiewicz i prelegent.

* W tygodniu 22-gim (od 29 maja do 4 czerwca) było w Krakowie małżeństw 12, urodzeń 64, skonów 53, z tych z zapalenia płuc 15, z gruźlicy 12, z nieżytu żołądka i jelit 5, z duru brzusznego 3, z ospy 2, z czerwonki 1.

Warszawa 10 czerwca. Grono profesorów tutejszego Uniwersytetu wybrało i przedstawiło do zatwierdzenia ministeryjum następujących kandydatów na wykładających w tymże Uniwersytecie: Dra Wasiljewa naczelnego lekarza szpitala św. Rocha i baraku czerwonego krzyża, na docenta chirurgii teoretycznéj, Dra Zieńca dyrektora Instytutu głuchoniemych na wykładającego dział patologii i terapii szczegółowéj, mianowicie pedyjatryję. Profesor Tauber, wykładający obecnie chirurgiję operacyjną, obejmuje klinikę szpitalną opróżnioną po śmierci prof. Jefremowskiego, zaś prosektor przy katedrze anatomii opisowéj Jaszczyńskij, jako profesor nadzwyczajny ma wykładać chirurgiję operacyjną.

W radzie miejskiéj dobroczynności publicznéj poruszono projekt powiększenia we wszystkich szpitalach liczby łóżek dla chorych wewnętrznych. — Zakład wodoleczniczy Fritschego, zamknięty po śmierci Dra Fritschego, prowadzić będzie obecnie Dr. Dobrzycki, przy współudziale Dra Ciąglińskiego.

* W Krynicy od 15 maja do 7 czerwca było gości 272.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

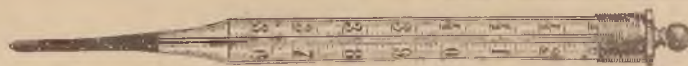
W *Zdrowiu* Nr. 80: Kohna: Opis sanitarny przędzalni wodnéj czesankowéj w Częstochowie; Majewskiego i Bukowskiego: O metodach oznaczania procentowości tłuszczu w mleku (c. d.); O pomocy lek. w fabrykach. — W *Gazecie Lek.* Nr. 22: Orłowskiego: Zmiany w komórkach nerwowych przy wściekliźnie; Dogiela: Przyczynek do sprawy odtwarzania się krwi; Wizla: Najnowsze poglądy na kwestyję agrafii. — W *Medycynie* Nr. 22: Dobrzyckiego: Sławuta, sprawozdanie za r. 1891; Kazuistyka: 1) Dwa przypadki kamieni uwięźniętych w cewce moczowéj u dzieci; 2) Dwa przypadki ciąży, przy nienaruszonéj bł. dziewiczéj. — W *Nowinach Lek.* Nr. 6: Dzierzgowskiego i Rakowskiego: O chem. przemianach w glebach hodowlowych pod wpływem drobnoustrojów błonicy i o produktach téj przemiany; Barącza: Spostrzeżenia nad znieczulaniem bromkiem etylu w praktyce chirurg.; Wicherkiewicza: O operacyjnem leczeniu jaglicy ostréj; Kreffta: O niedorozwoju przewodu rodnego; Święcickiego: Colpitis adhaesiva u 19-letniéj dziewczyny. — W *Gazecie Lek.* Nr. 23: Skłodowskiego: Moczopędne działanie kalomelu w cierpieniach nerek; Kranzego: 200 przypadków tracheotomii w krupie i dyfteryi u dzieci; Waśkiewicza: Przypadek ropnego zap. tkanki okołonerkowéj z przebiciem do miedniczki i zejściem pomyślnym; Wroczyńskiego: Kilka słów w kwestyi wskazań do upustu krwi. — W *Medycynie* Nr. 23: Arnsteina: Trzy przypadki wysięków surowiczych w worku opłucnéj; Wisłockiego: Nowoczesne sposoby leczenia suchot płucnych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. KRATZERT: Das jod- u. bromhaltige Soolbad Goczalkowitz bei Pless. O. S. (in 8-vo str. 30). — St. BERNSTEIN: O syringomyelii (odbitka z Medycyny 1892) in 8-vo str. 28. — Dr. Fr. GIEDROYĆ: Prostytutki jako źródło chorób wenerycznych w Warszawie, in 8-vo str. 76. — Dr. WACHHOLZ: Sposoby wywołania analgezyi ogólnéj drażnieniem krtani i jéj okolicy podług Brown-Séquarda (odb. z Przegl. Lek. 1892) in 8-vo str. 15. — Dr. Ad. ZAMBLER: Resezione del tarso col metodo Obaliński in un caso di tubercolosi. Guarigione [z kliniki chir. Prof. Trikomi w Padwie] (odb. z Riforma medica) Napoli 1892, in 8-vo str. 10. Rozprawę swoją kończy autor słowami: „Como si vede questo metodo é migliore degli altri finora proposti ed io credo che le statistische confermeranno in avvenire questa mia asserzione“. — Dr. Fr. CHŁAPOWSKI: W sprawie opieki nad obłąkanymi (odb. z Nowin Lek. 1892) in 8-vo str. 7. — Dr. ŁEPKOWSKI: Beitrag z. Histologie d. Dentins m. Angabe e. neuen Methode (odb. z Anatom. Anzeiger 1892) in 8-vo str. 9 i 2 tabl. — Wilh. ZAJĄCZKOWSKI: Komentarz do VII wyd. farmakopei austryjackiéj zesz. VIII. Lwów 1891, in 8-vo str. 63. — Dr. D. Juan SANTOS FERNANDEZ: Europhen in d. Augenheilkunde (tłum. z Cronica médica-quirurg. de la Habera, XVII, Nr. 24) in 8-vo str. 4. — Dr. W. JAWORSKI (z Warszawy): Beitrag zur pathol. Anatomie d. biliären Lebercirrhose (odb. z Beiträge z. pathol. Anatomie u. z. allg. Pathologie von Prof. Ziegler, Bd. XI) in 8-vo str. 50 i 2 tabl. — TRUSKAWIEC, zakład zdrojowo-kąpielowy i inhalacyjno-solankowy. Kraków 1892, str. 40. Dr. RADECKI: Higijena a dyletantyzm (odb. z. Przew. hygij. Nr. 5) in 8-vo str. 8. — SZWAJCERA: O epidemii tyfusu wysypkowego w r. 1889 w Warszawie (odb. z Gazety Lek. 1892) in 8-vo str. 24. — Odczytów klinicznych wydawanych przez redakcyję Gazety Lek. Nr. 41: Leczenie pryszczycy przez. Prof. H. HEBRÈ (tłum. Elsenberga) Warszawa 1892, in 8-vo str. 31. (Prof. Hebra umarł już dawno, zapewne autorem jest dr. Jan Hebra, docent w Uniw. wied.). — Prof. Dr. KLECZYNSKI: Statystyka miasta Krakowa, zeszyt III, Kraków 1892, in 8-vo str. 176 z tabl.

Sprostowanie. W artykule Dra Barącza „Przyczynek do chirurgii żołądka“ (Nr. 24) zaszły następujące pomyłki: str. 297 szp. II, w. 1 od g. zam. „płytków“ ma być „płytek“, w. 6 od g. po słowie „wykonanéj“ dodać „na kontynencie“, w. 7 od g. zamiast „człowieku“ ma być „osobie żyjącéj“, w. 12 od d. „p.“ wyrzucić. Str. 298 szp. I. w. 10 od d. po słowie „ustalające“ dodać „następnie końcowe szwy, a wreszcie zewnętrzne szwy płytkowe ustalające“, szp. II w. 16 od d. zamiast „Josseta“ ma być „Jesseta“. Str. 299 szp. I w. 12 od g. zamiast „luźne“ ma być „liczne“, w. 19 od g. zamiast „surowiczemi i“ ma być „surowiczemi:“, 41 od g. zamiast „waty“ ma być „maty“, w. 47 zam. „się“ ma być „swéj“, 6 od d. po „wewnętrzna“ dodać „para“, szp. II w. 7 od g. zam. „niemi“ ma być „nićmi“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 25 Czerwca 1892. Nr. 26.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Péres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	3⅛ „	„ 6 „

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25.)

Ręka w rękę z doświadczeniami mnożą się operacyje na człowieku. Hacker [1]) ogłasza dwie pomyślne ileokolostomije, w jednym przypadku z powodu cylindrycznego zwężenia kiszki ślepéj, w drugim z powodu stryktury rakowatéj powstałéj skutkiem recydywy po wycięciu kątnicy przed 1½ rokiem. W. Meyer (z New Yorku) [2]) połączył *colon ascendens* z *colon transversum* z powodu raka *flexurae hepaticae*; Abbe [3]) wykonał spojenie poprzecznicy z okrężnicą wstępującą przy raku *flexurae hepaticae*; Wahl [4]) zaś połączenie między poprzecznicą i *s. romanum*; Riedel [5]) w krótkiéj notatce wspomina o trzech anastomozach z powodu gruźlicy i raka k. ślepéj wykonanych w ciągu jednego roku. Senn [6]) w *Journal of the American medical Association* zdawał sprawę z dwóch resekcyj k. ślepéj z następowem spojeniem (*ileo-colostomia*).

Spojenie kiszek znalazło zastosowanie w chirurgii przy rozmaitych wskazaniach; nietylko przy zwężeniach nowotworowych i zapalnéj natury, lecz także przy krętych, rozgałęzionych i licznych przetokach, w modzelowato zmienionéj ścianie brzusznéj i w dole biodrowym, które czynią wycięcie kiszki operacyją albo bardzo długą i niebezpieczną, albo wprost niemożliwą (Hacker, Salzer), przy *anus praeternaturalis* (Hacker, Caponotto), przy ranach postrzałowych (Hacker), w przepuklinach, gdzie jest podejrzenie zgorzeli (Helferich [1]). W niniejszéj pracy dotknąć możemy jedynie wskazań enteroanastomozy przy zwężeniach wskutek spraw nowotworych i zapalnych, prowadzących do wytworzenia guzów.

Spojenie kiszek nie stanowi, właściwie mówiąc, operacyi konkurencyjnéj dla resekcyi + enterorafii. Ideałem w każdym przypadku będzie złe usunąć, a końce kiszki odrazu ze sobą zeszyć; dopiero gdy jedno lub oba z tych usiłowań okażą się niemożliwemi, wtedy anastomoza kiszek wchodzi w swoje prawa, jako operacyja, mająca zupełnie usunąć z obrębu chirurgii rzyć sztuczną. Chociaż niebrak wśród największych powag, dowodem czego Paget, Billroth [2]), chirurgów, którzy są przekonania, że uleczenie radykalne raka jest niemożliwe, przecież wątpię, aby się kto znalazł, ktoby na téj podstawie doradzał i w lżejszych technicznie przypadkach, nadających się do resekcyi i zeszycia, zamiast nich anastomozy; owszem właśnie Billroth jest zdania, że ze względu na dobro chorego, nie należy cofać się choćby przed najcięższą operacyją; dla tego też zdaje mi się, iż anastomoza kiszek, choć względnie lżejsza, nie powinna znaleść zastosowania w żadnym przypadku, w którym możliwą jest resekcyja + enterorafija.

Na odwrót wręcz odmiennie przedstawia się rzecz, gdy się zestawia anostomozę z rzycią sztuczną: tutaj utrzymać należy zdanie Senna [3]), który słusznie powiada, że utworzenie sztucznego odbytu przy leczeniu zamknięć kiszki należy wykonywać jedynie w przypadkach, w których ciągłość kanału kiszkowego nie może być przywróconą za pomocą kiszkowéj anastamozy. Ta ostatnia może być wykonaną albo sama przez się bez resekcyi kiszki w przypadkach, jeżeli wyciąć chorobowo zmienionéj kiszki nie można, lub wycięcie choć technicznie i możliwe, lecz przez wzgląd na stan ogólny cho-

[1]) *Wiener klinische Wschrft.* 1888 Nr. 17 i 18. — [2]) Przytoczony w *Greig Smith' Abdominal Surgery.* 3 wydanie str. 489. — [3]) *Centralblatt für Chirurg.* 1889. str. 847. — [4]) *St. Petersburger med. Woch.* 1889. Nr. 24. — [5]) *Centralblatt. f. Chir.* 1889 str. 288. — [6]) Streszczenie niedostateczne w *International Journal of the medical sciences* 1890. T. II str. 413.

[1]) *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir.* XX. Congress, 1891 str. 121. — [2]) Głos na Zjeździe międzynar. w Berlinie, według Sprawozdania *Revue de Chirurgie.* — [3]) l. c. teza 24 ta.

rego jest niebezpiecznem (punkt wyjścia do anastomozy dla Maisonneuvéa, Adelmanna, Hackera, Billrotha itd.), albo po dokonanéj resekcyi, gdzie atoli zeszyć końców kiszki już spowodu wycięcia zbyt dużego odcinka, już też z powodu nieruchomości końców niepozwalających na zbliżenie i dopasowanie bez naciągnięcia, zagrażającego pewności szwu (Senn, teza 23 l. c.), a zatem w przypadkach podobnych tym, gdzie Schede, Martini, Koenig i inni zrobili odbyt sztuczny z musu, nie mogąc dokonać enterorafii.

Określiwszy w ten sposób wzajemny stosunek entororafii, sztucznéj rzyci i anastomozy kiszkowéj, przechodzę obecnie do niektórych stron technicznych tych trzech operacyj.

1. *Resectio + Enterorrhaphia.* *a)* Powiedzieliśmy wyżéj, iż przy raku pożądanem jest wycinanie nietylko saméj kiszki, lecz także i odnośnéj kreski, zawierającéj w sobie gruczoły i naczynia chłonne zakażone przez nowotwór, a to celem uniknięcia lub przynajmniéj opóźnienia recydywy. Brak w kresce najlepiéj jest zaszyć szwem węzełkowym, lub ciągłym. Niektórzy jak Bouilly otworu nie zaszywali, obawiając się, aby w szew nie wziąć naczyń krwionośnych samego brzegu końców przeciętéj kiszki. Obawa ta o tyle jest uzasadnioną, że przy szyciu powinno się zajmować jak najmniéj tkanki kreski, unikając zajęcia w szew widocznych naczyń, i w ogóle nie szyć na ślepo. Natomiast szew oddaje przedewszystkiem tę usługę, że ze swéj strony zapobiega rozciągnięciu się zeszytych końców, ubezpiecza zatem szew kiszkowy, a w przyszłości zapobiega możliwemu wślizgnięciu się jelita w pozostawiony otwór w kresce.

b) W przeważnéj liczbie przypadków autorowie zaznaczają, iż nie mieli żadnych trudności w dopasowaniu świateł. Skutkiem długiego trwania zwężenia k. cienka ponad przeszkodą ulega rozszerzeniu niekiedy bardzo znacznemu, tak iż światło jelita biodrowego nie różni się od kalibru kiszki grubéj wstępującéj. Co większa w jednym ze swoich przypadków Maydl znalazł kiszkę cienką tak rozszerzoną, iż zmuszony był wyciąć z pierwszéj jeszcze 7 ctm., aby zyskać żądaną równość świateł. Gdzie zachodzi stosunek odwrotny, radzić sobie należy w sposób wypróbowany przy resekcyi odźwiernika, a zatem albo przez skośne obcięcie k. biodrowéj, jak zrobił Czerny, albo przez wycięcie klina z kiszki grubéj, jak postąpił Billroth. t. z. *Zwickelbildung*, albo kombinując oba te sposoby, jak sobie radzili Bergmann i Hofmokl. Jeśli dobrze zrozumiałem Senna, to autor ten radzi uciekać się do anastomozy we wszystkich przypadkach, gdzie enterorafija niemożliwą jest z powodu różnicy w wielkości świateł końców kiszki. Trudno się zgodzić na to wskazanie, sposoby bowiem, jakich użyli Billroth, Bergmann, Czerny i Hofmokl nietylko złemu zaradziły, lecz dały wyśmienity rezultat, bo wyzdrowienie niczem niezakłócone.

Natomiast w obu swoich przypadkach natrafiłem na inną trudność przy szyciu, wynikającą z nadzwyczajnéj cienkości ściany k. grubéj poniżéj przeszkody. Doświadczenia Senna wykazują, jak szybko, gdyż już w 33 dni (doświadczenie 71) a nawet w 18 dni (doświadczenie 73) po wykluczeniu pewnéj części jelita (*Ausschaltung*), to ostatnie znajdował zanikłem. Przy długiem, niekiedy całe lata trwającem zwężeniu, ściana kiszki poniżéj przeszkody staje się nadzwyczaj cienką, tak że nakładanie szwu piętrowego jest bardzo utrudnionem; w moim drugim przypadku ściana k. cienkiéj była tak grubą i niepodatną, jak ściana odźwiernika, gdy tymczasem ściana kiszki grubéj była ścieńczała i przy szyciu nawijała się, wpochwiała na pierwszą.

c) W kilku przypadkach po resekcyi kątnicy przekonał się Billroth, iż po przyszyciu w zwykły sposób kiszki biodrowéj do okrężnicy wstępującéj, następowało załamanie kanału kiszkowego pod kątem *(Knickung)*, które w dwóch przypadkach było powodem całkowitego zamknięcia światła kiszki. Dla uniknięcia podobnéj ewentualności Billroth [1]) zmodyfikował przyłożenie kiszek w ten sposób, że zaszywa zupełnie przeciętą okrężnicę, a koniec k. biodrowéj wszywa w podłużne cięcie umyślnie na to zrobione w okrężnicy; w ten sposób naśladuje stosunki naturalne, gdyż k. biodrowa łączy się tak samo pod kątem prostym z okrężnicą wstępującą, jak przedtem z k. ślepą. Sposób ten stanowi przejście do anastomozy kiszkowéj, i w odpowiednich przypadkach powinien być uwzględniony. Połączeniem kiszki biodrowéj z grubą po dokonanéj resekcyi zajmował się wiele Bassini [2]) który ostatecznie podaje, że najwłaściwsze są dwa następujące sposoby: albo podobnie jak w modyfikacyi Billrotha zamyka się wolny koniec *coli* jako ślepy worek, a w podłużnem cięciu jego umieszcza się i wszywa *ileum*, albo tworzy się rodzaj wpochwienia k. biodrowéj w kiszkę grubą. Tę ostatnią metodę Bassini wypróbował na trupach i na psach i zdaniem jego jest lepszą od pierwszéj, gdyż u psów daje dobry wynik w tydzień. W najnowszym czasie operacyję tę wykonał z powodzeniem i na człowieku.

d) Nie mam zamiaru wdawać się w rozbiór rozmaitych rodzai szwu kiszkowego, który to przedmiot wielokrotnie i gruntownie był poruszany; chcę tylko zauważyć, że nie miałem sposobności przekonać się o wartości praktycznéj modyfikacyj wprowadzonych przez Senna. Przy wielokrotnych operacyjach na kiszkach i żołądku trzymałem się stale szwu Lambert-Czernego cieniutkim jedwabiem i nie miałem powodu żałować tego, chociaż przyznaję, iż to jest część operacyi bardzo zmudna. Koenig (l. c. str. 917) przemawia również za zwykłemi sposobami szycia, uważając *„alle Künsteleien“* do połączenia kiszki za zupełnie zbyteczne. Salzer przyznaje, iż przy Sennowych *bone plate sutures* zyskuje się wiele na szybkości, wszelako przy operacyjach na człowieku ma wyższość szew Czernego i Wölflera, gdyż pozwalają na pewniejsze dopasowanie (*adaptatio*) oddzielnych warstw ściany kiszkowéj.

e) Zeszytą kiszkę uwalniamy od ucisku palców asystenta, lub od zaciskadeł, podwiązek elastycznych, pasków gazy jodoformowéj i t. p. środków, które miały na celu powstrzymanie wypływu zawartości, a starannie obmywszy wprowadzamy do jamy otrzewnéj, pozostawiając ją pewien czas w spokoju, poczem jeszcze raz wyjmujemy, dla ostatecznego obejrzenia, czy ściana jéj w okolicy szwu posiada cechy żywotności. Zazwyczaj już podczas szycia kropelki krwi sączące się z każdego ukłucia świadczą, że szyta tkanka jest żywą. Jeśli końce kiszki były mocno zaciśnięte, dopiero po zdjęciu zaciskadeł lub podwiązek ustala się krwiobieg w zaszytych częściach, nabierają różowego koloru oraz pewnéj właściwéj jędrności, szczególniéj gdy zeszyta pętlica odprowadzoną została do jamy otrzewnéj, gdzie warunki krążenia powracają do normy, z powodu że ustaje naciągnięcie

[1]) *Centralblatt f. Chir.* 1889. S. 929. — [2]) Sprawozdanie z VI Zjazdu Chir. włoskich. *Wiener med. Presse* 1889. Nr. 21.

kreski, względnie jéj naczyń, naciągniętych podczas przebywania kiszki na zewnątrz jamy brzusznéj. Obawa zakażenia otrzewnéj przez wydostanie się zawartości kiszkowéj, czy to skutkiem zgorzeli części ściany pozbawionéj dopływu krwi, czy to skutkiem obumarcia przez zbyt gęste nałożenie szwów lub przez zbyt silne ich ściągnięcie przy wiązaniu, czy też skutkiem przesiąknięcia zawartości między szwami, czy wreszcie przez puszczenie jakiego szwu, który przeciął ścianę kiszki, zanim nastąpiło dostatecznéj wytrwałości sklejenie tkanek jest źródłem szeregu propozycyj, mających na oku zapobieżenie téj fatalnéj ewentualności. Ideałem pozostanie zawsze wpuszczenie zeszytéj kiszki i zaszycie zupełne cięcia w ścianie brzusznéj; ideał ten osiągnięto w wielu razach, jak świadczy zebrana kazuistyka; nie zawsze jednak jest on do osiągnięcia możliwy, lub pożądany. Najprzód przedstawiają się przypadki podobne mojemu drugiemu, gdzie zamknięcie jamy otrzewnéj okazuje się niemożebnem z powodu wycięcia dużego odcinka ściany brzusznéj; zeszyłem ją wprawdzie płaty skóry, lecz rogi płatów skutkiem cienkości i zbytniego naprężenia uległy zgorzeli. Thiersch nie mógł zaszyć rany brzusznéj również z powodu zbyt znacznego braku. Lecz pomijając nawet te wyjątkowe przypadki, sądzę że w pewnych razach bezpieczniéj jest pozostawić pewną część rany brzusznéj otworem, a przez wprowadzenie drenu, lub, co bez porównania lepiéj, pasków gazy jodoformowéj, zapewnić odpływ na zewnątrz wydzielinie, któraby w przeciwnym razie dostać się musiała do jamy otrzewnéj. Tego rodzaju drenowanie za pomocą pasków gazy jodoformowéj właściwem wydaje mi się w przypadkach, gdzie przyszło pokonywać obszerne zrosty z powięzią dołu biodrowego, gdzie uległ przecięciu i podwiązaniu moczowód, gdzie z powodu niemożebności wydobycia guza z rany na zewnątrz, operacyja musiała odbywać się w jamie otrzewnéj, gdzie istniały przetoki, lub ropnie po za guzem, w ogóle gdzie operacyja nie szła gładko i powiklana była nie pożądanemi wydarzeniami.

Wielokrotne spostrzeżenia w przypadkach owarjotomii, gdzie po zdjęciu szwów, pod wpływem kaszlu lub niespokojności choréj, rozkleiły się brzegi rany brzusznéj i pętlice kiszek wypadły z jamy otrzewnéj, pouczają, iż pętlica jelita może pozostawać czas pewien nazewnątrz jamy otrzewnéj, a potem bez niebezpieczeństwa być do niéj odprowadzona. Dla zapobieżenia zakażeniu otrzewnéj w razie puszczenia szwu, umieszczenie zeszytéj pętlicy na zewnątrz rany brzusznéj byłoby rownież odpowiedniem, gdyby nie przeciwważyły tego liczne ujemne strony jak załamanie pod kątem (*Knickung)*, przypadające właśnie na miejsce zeszyte, a stąd naprężenie zeszytych tkanek, daléj utrudnienie dopływu i odpływu krwi przez nacisk rany brzusznéj, obniżające żywotność tkanek a tem samem dzielność sprawy zrastania. Maydl [1]), a za jego przykładem R. Weir [2]) radzą następującego sposobu, który usuwa większość stron ujemnych, zapewniając mimo to na zewnątrz drogę zawartości kiszkowéj w razie zawodu ze strony szwu. Pozostawia się ranę brzuszną otworem, ażeby zaś przeszkodzić możliwemu sklejeniu warg, obrąbia się je listkiem ściennym, lub trzyma w oddaleniu jeden od drugiego za pomocą wrowadzenia między nie gazy jodoformowéj. Na dnie rany umieszcza się zeszyte miejsce kiszki, która spoczywając na stałéj podstawie dołu biodrowego i posiadając bardzo krótką kreskę, lub wcale jéj pozbawiona (*c. ascendens*) nie ma żadnéj dążności do wśliźnięcia się daléj w jamę brzuszną i do oddalenia się od rany brzusznéj. W ten sposób można przeczekać, póki nie okaże się, iż zrośnięcie końców kiszki już nastąpiło, poczem zeszywa się ranę brzuszną szwem wtórnym. Pozostawiając część lub całą ranę brzuszną otworem, nie ma się tu czego obawiać wypadnięcia trzew, z powodu że w razie pomyślnego przebiegu brzuch pozostaje małym, ściana nie napiętą, że wreszcie przez nacisk bandaża i opatrunku można zapobiedz wypadnięciu jelit.

Mimo swojéj prostoty uciekać się należy do téj drogi postępowania jedynie w przypadkach wyjątkowych, gdzie czy to skutkiem wycięcia zbyt dużego odcinka jelita, istnieje pewne naprężenie zeszytych końców i kreski, czy też istnieje niepewność co do ich żywotności. Tegoż samego zdania jest Greig Smith [1]).

W przypadkach, gdzie wskazanem jest drenowanie jamy brzusznéj, wprowadzona gaza w charakterze drenu, będzie zarazem pełniła rolę przewodnika dla zawartości kiszkowéj nazewnątrz w razie puszczenia szwu, należy wtedy miejsce zeszyte umieścić naprost otworu pozostawionego w ranie brzusznéj tak, aby paski gazy dochodziły do linii szwu.

Doradzając wyżéj wycięcia i enterorafii doraźnéj, a teraz wpuszczenia zeszytéj kiszki i zamknięcia całkowitego jamy brzusznéj jako prawidła i dopuszczając odstąpienia od niego tylko w wyjątkowych razach, opieram się z jednéj strony na idealnie pomyślnych wynikach, jakie osiągnęli Czerny, Gussenbauer, Bergmann, Bouilly, Durante i ja w pierwszym przypadku, z drugiéj na pewnych konsyderacyjach, przemawiających za tym sposobem postępowania. Nie należy zapominać, jak wielka zachodzi różnica między enterorafiją k. cienkiéj z powodu zgorzeli pętlicy, a znowu k. grubéj z powodu nowotworu lub bliznowatego zwężenia. Przy tym ostatnim większa część warunków, zmniejszających pewność szwu, sprowadzoną jest do minimum; nie ma zapalenia otrzewnéj, którego początkowe okresy tak często spotyka się przy zgorzeli kiszki; przecina się kiszkę w zdrowych częściach, brzegi więc są zdolne do plastyki, nie upośledzone w odżywieniu; jama przewodu pokarmowego może być opróżnioną, nie ma więc rozdęcia kanału, naprężenia ściany i rozciągnięcia szwu, a tem samem wciskania się zawartości kiszkowéj między zeszyte brzegi; nakonice operowana kiszka leży ekscentrycznie od jamy brzusznéj i może być do pewnego stopnia od niej odosobnioną tak, że utworzenie się przetoki kiszkowéj nie sprowadza wylania się zawartości do jamy otrzewnéj, lecz najczęściéj na zewnątrz, jak było w moim drugim przypadku, oraz w przypadku Bouillego. Kierując się tą samą myślą Senn [2]) zaleca przyczepienie zeszytego odcinka za pomocą szwu kresko-otrzewnowego w okolicy biodrowo-kątniczéj. W dwóch tylko przypadkach śmierć nastąpiła, między innemi przyczynami i skutkiem wylania się zawartości kiszkowéj do jamy otrzewnéj (Czerny, Jones); i dla tego w każdym przypadku pożądanem jest umieszczać zeszyty odcinek kiszki naprost rany brzusznéj; gdy ta ostatnia zrobioną była ponad więzem Pouparta, zeszyta pętlica bę-

[1]) *Beitraege zur Darm-Chirurgie* 1885. *Allg. Wiener med. Zeitung. Separat Abdruck* str. 15. — [2]) *Resection of the large intestine for carcinoma Annals of surgery.* 1886. T. III. str. 475.

[1]) *Abdominal Surgery.* 3 *edition* str. 487. — [2]) *The international Journal of the med. Sciences.* 1890, T. II. str. 413.

dzie się znajdowała w zetknięciu ze ścianą brzuszną i z dołem biodrowym, zdala od innych pętlic, a przez to możliwość zakażenia otrzewnéj jeszcze bardziéj się zmniejszy.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Przyczynek do kazuistyki chorób narządu moczowego u dzieci.

Podał
Dr. Bolesław Komorowski,
sekundaryjusz I. szpitalu św. Ludwika.

Pośród nielicznych i wogóle nie często u dzieci napotykanych chorób narządu moczowego zajmują kamyki moczowe tak ze względu na swoję względną częstość jak i na swą ważność, wreszcie i rozmaitość objawów jedno z pierwszych miejsc. Z badań Elsässera, Martina, Virchowa, Vierordta, Engla i innych wiemy, że zawał moczanowy natrafiamy u noworodków jako złogi moczanowe w ostrosłupkach i kanalikach nerkowych, co jest sprawą poniekąd fizyjologiczną, gdyż wobec wpływu otaczającéj atmosfery skutkiem zwiększonéj przemiany materyi, wytwarzania się ciepła, rozpoczynającéj się czynności oddechowéj i trawienia obok równo cześnie mało zużytych ilości wody, połączenia moczanowe nie mogąc być rozpuszczone, strącają się i osadzają w kanalikach nerkowych. Lecz ten fizyjologiczny zawał moczanowy, który w warunkach prawidłowych nie wywołuje żadnych przypadłości ze strony wydzielania moczu, może w stosunkach patologicznych dać powód do powstania piasku względnie kamyków nerkowych, mogących się usadowić w kielichach nerkowych, a następnie dostawszy się do pęcherza stanowi znów jądro kamyka pęcherzowego. Kamyk nerkowy lub pęcherzowy w całości lub też jego odłamek powstały bądź sztucznie drogą operacyjną bądź samoistnie (*Spontanfractur)*, co jest możebnem według zdania prof. Ultzmanna i lekarzy angielskich Browne i Clarke, skoro ugrzęźnie w cewce zowiemy zwykle kamykiem moczowym, pomimo, że tamże samoistnie powstać nie może. Miejsca usposabiające do usadowienia tegoż są: część błoniasta i ujście zewnętrzne cewki. Obszerne statystyki znajdujemy co do tego cierpienia w literaturze, i tak Neupauer[1]) opisuje 192 przypadków kamyków moczowych, Bókai[2]) 300 przypadków, S. Werewkin[3]) 221 przypadków zebranych w Wladimirowskim szpitalu w Moskwie.

Co się tyczy wogóle wieku, w jakim napotykamy kamyki moczowe u dzieci, to najczęściéj między 2 a 4 rokiem życia — zaś co do płci, to najczęściéj u chłopców, u dziewcząt bardzo rzadko, co wynika ze stosunku długości i szerokości cewki moczowéj obu płci do siebie. I tak prof. Bokai w swojéj statystyce opisuje na 300 kamyków 10 u dziewcząt, Dr. Werewkin na 221 przypadków 11, a w statystyce z kliniki chirurgicznéj uniwersytetu peszteńskiego na 135 7 u dziewcząt.

[1]) Dr. Neupauer: *Ueber Harnsteine bei Kindern mit Berücksichtigung der aus 192 Steinen bestehenden Sammlung des Pester Armen-Kinderspitals. Jahrbuch f. Kinderheilkunde* N. F. T. V, s. 373. — [2]) Dr. Bókai: *Die Krankheiten der Harnblase. Handbuch der Kinderkrankheiten*, Gerhardt T. IV. C. s. 580 i 600. — [3]) Dr. Werewkin: *Lithiasis und Lithotomia bei Kindern. Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* N. F. T. XXII, s. 267.

Do szpitala św. Ludwika w Krakowie (na 3000 chorych leczonych bądź ambulatoryjnie, bądź stale w czasie od 1 maja do listopada 1891) zgłosiło się trzech chorych z przypadami utrudnionego moczenia, z powodu kamyków moczowych wgłobionych w cewce moczowéj.

I przyp. Michał Stolnik, lat 2, z Podgórza. Rozpoznano *calculus urethrae subsequente retentione urinae.* Wywiady: Podczas oddawania moczu nagle przed 12 godzinami wystąpił znaczny ból w cewce, strumień moczu przerwany i od téj chwili zupełne zatrzymanie moczu. Chory ciągle niespokojny, krzyczy, a ból swój lokalizuje dotykiem na końcu prącia. Podobnych przypadłości nie doznawał przedtem.

Stan obecny: prącie w stanie naprężenia, nieco wydłużone, żołądź miernie obrzmiała, przy dotyku bardzo bolesna a z ujścia zewnętrznego cewki wystercza kamyczek ściśle przylegający do obrzmiałych ścian tejże. Dalsza część cewki jakoteż okolica międzykrocza niebolesna. Badając okolicę pęcherza oglądaniem, obmacaniem i wypukiem stwierdzić można, iż tenże znacznie płynem wypełniony i sięga prawie dwa palce poniżéj pępka.

Leczenie: Wobec znacznie rozszerzonego pęcherza przystąpiono natychmiast do wydobycia kamyka z cewki. Ponieważ ani sondą nie można było z boku podejść ani pinsetą uchwycić kamyczka, gdyż przylegał szczelnie do obrzmiałych ścian ujścia zewnętrznego cewki, dlatego rozszerzono skalpelem ujście i wydobyto kamyczek nadzwyczaj twardy, zbity, o powierzchni gładkiéj, barwy szarawo-żółtawéj, długości 5 mm., obwodu 3 mm. Mocz, który natychmiast odpłynął silym strumieniem, badany chemicznie i drobnowidowo żadnych zmian nie okazywał. Przypadek ten leczony był tylko ambulatoryjnie, dlatego po wyjęciu kamyka ograniczono się tylko do stosowania okładów z roztworu Boorova.

II. przyp. Józef Machno, lat 4, ze Skotnik. Rozpoznano: *calculus urethralis subsequente retentione urinae.* Anamn: Nagle podczas urynowania przed 5 godzinami chory uczuł znaczny ból w cewce, a mocz odpływał zaledwie kroplami. Ból lokalizuje na końcu prącia.

Stan obecny: Dziecko dobrze odżywione, w organach wewnętrznych żadnych zmian wykazać nie można. Narząd moczowy: Prącie znacznie wydłużone, żołądź obrzmiała, z ujścia zewnętrznego cewki wystercza dość znacznie malutki kamyczek. Badanie okolicy pęcherza moczowego oglądaniem, obmacaniem daje wynik ujemny, zaś wypukiem stwierdzono nad spojeniem kości łonowych stłumienie na wysokości $1^1/_2$ palca, co odpowiada nieco rozszerzonemu pęcherzowi.

Leczenie: W tym przypadku wydobycie kamyczka było bardzo łatwe, gdyż po podważeniu go sondą, sam wraz z moczem odpłynął, kamyk przedstawiał powierzchnię gładką, konsystencyję dość zbitą, długości $2^3/_4$, obwodu $1^1/_2$ mm. Mocz badany żadnych zmian co do składników morfotycznych jak i co do składu chemicznego nie przedstawiał.

III. przyp. Jan Rossowski, lat 4, z Chrzanowa. Rozpoznano: *Calculus urethralis subsequente retentione urinae, infiltrationes urinosae subsequente gangraena scroti et praeputii. Cystitis diphtheritica, amoniaemia.* Anamn: Chorób żadnych nie przebywał, od dwóch tygodni nieregularnie oddaje mocz, czemu towarzyszą bóle, mocz odpływa czasem kroplami, to znów strumieniem, nieraz nagle się przerywającym, krwi w moczu nie było nigdy. Chory leczony był poza Krakowem, gdzie według podania rodziców był kilkakrotnie kateteryzowany, a w dzień przyjazdu do szpitala św. Ludwika wykonano na mosznach jakoteż na prąciu kilka nacięć dość powierzchownych.

Stan obecny: 25/IX wieczór. Dziecko dobrze odżywione, nieprzytomne, śpiączka ciągła. Zrenice słabo oddziaływają, rozszerzone. Na kończynach górnych i dolnych kurcze to kloniczne to toniczne, wymiotów brak, ciepłota 39·9° C. W narządzie oddechowym zmian przedmiotowych brak. Oddech zwolniony (14). W narządzie krążenia, na wargach i policzkach nieznaczna sinica. Granice serca prawi-

dłowe, tony nader głuche, tętno bardzo częste, słabo napięte, przepuszczające, nie dające się zliczyć. Narząd moczopłciowy: Pęcherz moczowy wypełniony, sięgający aż do pępka, moszna, prącie jakoteż powłoki skórne i tkanka podskórne w obu pachwinach i w okolicy międzykrocza deskowato-twarde, naciekłe. Miejsca te przy dotyku nieco bolesne, lecz znaczniejszéj bolesności w miejscu ograniczonem nigdzie nie można było stwierdzić, bo chory nieprzytomny. Moszna w miejscu, gdzie były wykonane 3 nacięcia, jakoteż prącie, gdzie nie wiedzieć czy to z powodu stulejki (gdyż pozostały tylko zrosty między wewnętrzną blaszką napletka a żołędzią), czy z powodu nacieku moczowego, dokonano nacięcia napletka, przedstawia typowy obraz zgorzeli.

Leczenie: Na razie ograniczono się do wypuszczenia moczu miękkim kateterem Nélatonowskim w iłości 600 k. c., który natychmiast badany, okazywał cechy niżéj opisane, a lokalnie po antiseptycznem opatrzeniu owych nacięć zastosowano okłady liquore Boorovi. Wewnętrznie podano olejek rycynowy a po należytem przeczyszczeniu zastosowano środki podniecające: koniak, wino, kofeinę, natrum salicylicum po 0·03 *pro dosi* co 2 godziny okład lodowy na głowę.

26/IX. Naciek moczowy w pachwinach się zwiększył i posunął się częścią ku powłokom brzusznym, częścią ku wewnętrznéj stronie ud i to szczególnie prawego. Chory oddaje mocz swobodnie, który wypływa otworem między skórą prącia a ciałem jamistem cewki koło więzadełka. Nad spojeniem łonowem stłumienia wybadać nie można. Ciepłota 40° C., tętno przepuszczające, nieregularne, nie dające się zliczyć. Drgawek i kurczów brak, śpiączka prawie ciągła.

Leczenie: Miejsca naciekłe głęboko nacięto, wytamponowano gazą jodoformową a na to okład liquor Boorovi. Nacięcia te wykonano w sposób następujący: na mosznach z każdéj strony po dwa poprzeczne, równoległe prawie do siebie a prostopadłe do *raphe*, na dolnéj powierzchni prącia nacięcia aż do *corpus cavernosum*, a w obu pachwinach po jednem głębokiem nacięciu. Wieczór ciepłota 38 8, tętno nieco silniéj napięte, mimo to zliczyć się nie daje. Wewnętrznie *excitantia*.

27/IX. Ciepłota rano 38·8, wieczór 38·4° C. Tętno silniéj napięte waha się między 110 a 130. Chory nieco przytomniejszy, śpiączka nieznaczna. Skóra i części głębiéj leżące w miejscach nacięcia przechodzą w nekrozę, a z miejsc tych sączy się mocz. Zmiana opatrunku dwa razy dziennie. Wewnętznie to samo co dnia poprzedniego.

28/IX. Ciepłota rano 38·6, wieczór 39° C., tętno rano 108, wieczór 130. W organach wewnętrznych zmian wykazać nie można. Naciek moczowy z pachwin posunął się przez powłoki brzuszne ku spojeniu łonowemu i sięga prawie 2½ ctm. poniżéj pępka w linii środkowéj. Na wysokości 1 ctm. ponad spojeniem łonowem, nieco na prawo od linii środkowéj wytworzył się ropień barwy szaro-zielonkowatéj. Mocz sączy się z miejsc naciętych, cewką wcale nie płynie. Leczenie, co dnia poprzedniego.

29/IX. Nieprzytomność, rano drgawki ograniczone do mięśni w kończynach górnych. Ciepłota 40° C., tętno 120, dość słabo napięte. Wobec szerzącego się nacieku przystąpiono do dalszego zabiegu operacyjnego: powłoki brzuszne przecięto dość głęboko przez środek owego szaro-zielonego nacieku, który właściwie był ogniskiem nekrotycznem, moszna i międzykrocze przecięto w raphe i wydobyto z *isthmus urethrae* kamyk moczowy twardy, zbity o powierzchni chropowatéj, kształtu nieregularnego klina, barwy sinawo białéj z odcieniem brudno-żółtawym, długości 9 mm., o krawędziach tępych lecz niezaokrąglonych. Kamyczek ten ułożony był w ten sposób, że jednym końcem był w cewce a drugim, t. j. raczéj wierzchołkiem tego klina, wystawał przez cewkę do *fascia perinei* a więc leżał na ukos tak, że wyjęcie jego możebnem było dopiero po nacięci części błoniastéj cewki, a więc po zrobieniu *urethrotomia externa*. Założono kateter *à demeure*, przepłukano pęcherz 3% kwasem borowym, miejsca nacięte wytamponowano gazą jodoformową i założono opatrunek antiseptyczny. Mocz w przypadku tym kilkakrotnie badany wykazywał, iż w pęcherzu łączy się sprawa zapalna z ciężką *cystitis diphtheritica*, gdyż mocz specyjalnie na to wypuszczony, oddziaływał alkalicznie, miał woń cuchnącą amoniakalną, był mętny, zawierał znaczne strzępy błony śluzowéj i części nekrotyczne, tworzące osad śluzowo-galaretowaty. Białka ilość znaczna. Osad moczu badany wykazywał ciałka krwi czerwone w dość znacznéj ilości, bardzo liczne ciałka ropy bądź świeże, bądź rozpadłe, całe płaty przybłonka pęcherzowego, masy nekrotyczne, bardzo liczne kryształy fosforanu magnowo-amonowego, moczanu amonowego, lecz wałeczków lub przybłonków typowych nerkowych niepodobna się dopatrzyć.

Dalsze leczenie tego przypadku polegało na przepłukiwaniu pęcherza 3% kwasem borowym dwa razy dziennie, podawaniu wewnętrznie *natrum benzoicum* po 1·20 *pro die*. Zapalenie pęcherza ustąpiło, części zgorzelinowe na mosznach i prąciu odpadły, powierzchnie ranne zaczęły silnie ziarniną się pokrywać, wrócił stan bezgorączkowy i wykonano plastykę, która mimo usilnych starań pozostawi ślady w postaci zwężenia lub przetoki.

Przypadki nasze różnią się znacznie między sobą ze względu na ułożenie kamyka i stosunek do cewki moczowéj. W dwóch pierwszych przypadkach uwięźnięcie kamyka nastąpiło w ujściu zewnętrznem cewki, lecz w obu z innéj przyczyny. I tak w przypadku pierwszym obwód kamyka był większy niż ujście zewnętrzne cewki, ztąd wydostanie się go na zewnątrz było niemożebnem, tembardziéj wobec obrzmiałych ścian cewki moczowéj; w przypadku zaś drugim powodem inkarceracyi było ułożenie kamyka na ukos, gdyż ujście zewnętrzne cewki szersze niż obwód kamyka, nie mogło stanowić przeszkody wydostaniu się tegoż, to też objawy utrudnionego moczenia nie były zupełne a polegały jedynie na oddawaniu moczu kroplami. W przypadku trzecim uwięźnięcie kamyka nastąpiło w części błoniastéj cewki a kształt i wielkość jego nie dozwoliły dalszego przesunięcia się tegoż. Pominąwszy to, czy ułożenie tegoż częścią w tkankach międzykrocza, a częścią w cewce powstało samoistnie, czy też zostało sztucznie wywołane przed przyjściem do szpitala, to jednak temu ułożeniu zawdzięcza się tę okoliczność, iż zaraz po przyjęciu do szpitalu bez trudności wypuszczono mocz kateterem elastycznym, lecz sam swobodnie cewką nie odpływał, a więc przypuścić należy, iż sam prąd moczu zatykał cewkę tym kamykiem jak klapą, a mocz odpływał drogą inną sztuczną, powstałą przez przebicie cewki jednym końcem tego kończastego kamyka, co również dało powód do nacieków moczanowych. Dlatego też kształt, wielkość i ułożenie kamyka oto są czynniki, które zależnie od miejsca uwięźnięcia w cewce wpływają na rozmaite objawy utrudnionego moczenia.

Zupełnie podobne przypadki znalazłem opisane przez prof. Guersanta (syna)[1]) w sprawozdaniu z *Hôpital des enfans malades* w Paryżu, a wnosząc ze statystyk S. Werewkina, który opisuje na 19 kamyków cewkowych 15, a E. Solly na 32 kamyków 23 z takiem zejściem, jakie opisałem w przypadku trzecim, mógłbym twierdzić, że ilekroć mamy objawy utrudnionego moczenia z powodu uwięźnięcia kamyka w części błoniastéj cewki, co wykazać można jedynie badaniem sondą lub kateterem metalowym i to jaknajgrubszym, to trzeba być zawsze przygotowanym jaknajwcześniéj na zabieg operacyjny, t. j. nacięcie cewki moczowéj, od zewnątrz, nie bawiąc się długo przyrządami najrozmaitszéj konstrukcyi, służącemi do wydobycia tegoż, a nie prowadzącemi zwykle do celu, lecz tylko mogącemi dać powód

[1]) *Journal f. Kinderkrankheiten*, B. V, s. 215 i B. VI, s. 143.

do nacieków moczowych, zapaleń dyfterytycznych lub nawet włóknikowych, jak opisuje doc. J. Bókai[2]), ani też nie czekając na samoistne wydobycie tegoż przez ropienie z pozostawieniem przetoki cewki, mogącéj według opisu prof. Erichsena[3]), dać powód do inkrustacyi i ponownego wytworzenia kamyka.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. E. Lachowicz: „O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów“.

Praca ta ukazała się jako pierwszy zeszyt „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“ redagowanych przez prof. Korczyńskiego. Autor opiera się na materyjale z lat szesnastu, z oddziału chirurg. prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza. Skreśliwszy zwięźle odmienne pojmowania obrzęków stawowych, wskazuje na drugą połowę bieżącego wieku, jako okres, w którym te różnorodne pojęcia sprowadzono do wspólnego mianownika t. j. gruźlicy. Podobne koleje przechodziło i leczenie ich, przerzucające się krańcowo od sposobów wyłącznie zachowawczych do bezwzględnych amputacyj. Przytaczając wyniki podobnych prac zestawionych w ostatnich latach, wyszczególnia autor 278 przypadków gruźlicy stawów, leczonych w krakowskim szpitalu. Najwięcéj przypada na staw kolanowy, bo 133; nawet wobec sprawy daleko posuniętéj wykonywano tu najczęściéj resekcyję, po któréj na 69 wyszło wyleczonych 45 = 65·2%, u 11 wykonano amputacyję następową = 15·9%, niewyleczonych wyszło 4 = 5·8%, umarło 4 = 5·8%, a w leczeniu pozostał 1. Artrektomiję w kolanie wykonano 24 razy, przeważnie u ludzi młodych; wyleczonych 15 = 62·5%, niewyleczonych 3 = 12·5%, umarł 1. Podając wyniki Dra Sendlera, który usilnie zaleca ten sposób operowania, jako przewyższający o wiele resekcyję, dodaje autor, że we wszystkich prawie przypadkach operowanych przez prof. O. sprawa gruźlicza nie ograniczała się tylko do torebki stawowéj, lecz niekiedy istniały już głębokie ogniska w chrząstce i kości; skoro jednak nie zawsze daje się to przewidzieć z góry, należy zatem tak poprowadzić cięcie zewnętrzne, aby z niego można wykonać tak artrektomiję jak i resekcyję kolana. Amputacyję wykonano odrazu w 29 przypadkach (wyleczonych 25, umarło 4), w 13 zaś następowo (wylecz. 11, umarło 2). Sposób leczenia bezkrwawego, jako nie dający korzyści, porzucono już od r. 1884

Z 16 resekcyj dotyczących stawu biodrowego 8 było z wyleczeniem, 1 z polepszeniem a 7 zmarło. Załączone treściwe historyje chorób świadczą, że przez resekcyję stawu biodrowego, wykonaną u ludzi młodych i w dobrych warunkach, osiągnąć można bardzo pomyślne wyniki.

Na stawie stopowym wykonano 61 operacyj, a 4 chorych leczono sposobem niekrwawym; tu wobec trudności doszczętnego usunięcia ognisk gruźliczych, liczba amputacyj jest stosunkowo znaczna, bo obejmuje 33 przypadki. Resekcyj wykonano 14.

Gruźlica stawu łokciowego dostarczyła 30 chorych, operowanych z wynikiem ogólnie pomyślnym; na staw barkowy przypadły zaledwie 2 resekcyje. Po operacyjach wykonanych w stawie nadgarstkowym wszyscy chorzy wyszli uleczeni.

O ile wnosić można z materyjału szpitalnego, na który składają się przeważnie przypadki daleko już posunięte i zaniedbane, okazuje się, że nawet w takich okresach procesu chorobowego wiele jeszcze można uratować drogą operacyjną, a natomiast bezowocnem jest leczenie zachowawcze, do czego zaledwie nadawałyby się dzieci. Zdaniem autora do rychłego gojenia nie mało przyczynia się dokładne wytarcie pola operacyjnego jodoformem.

Dr. Paweł Radecki.

[2]) *Archiv für Kinderheilkunde*, Bd. XI, H. 1, s. 22. 1889 „*Casuistische Mittheilungen aus dem „Stefanie“ Kinderspitale zu Budapest*“ v. Doc. Dr. Bókai. — [3]) *Oesterreichisches Jahrbuch f. Pädiatrie*, N. F. B. II, s. 219, 1872.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. z d. 1 czerwca 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 27. Jako goście koll. Dr. Bogdanik z Biały, Dr. Kazimierz Godlewski ze Lwowa, Drowie Klecki i Smóchowski z Krakowa.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Bronisław Olszewski został jednogłośnie wybrany członkiem czynnym Tow. lek. krak.

3) W miejsce dotychczasowego sekretarza dorocznego kol. Jana Opieńskiego, który w lipcu opuszcza Kraków, udając się do Lwowa, wybrano jednogłośnie sekretarzem kol. Stanisława Karpińskiego, — poczem Towarzystwo wyraziło ustępującemu sekretarzowi uznanie za gorliwość w pełnieniu obowiązków sekretarza, w szczególności za wzorowe prowadzenie protokółów z posiedzeń.

4) Kol. Buzdygan okazał błony krupowe, które przedstawiały zupełny odlew grubego oskrzela wraz z drzewkowatem rozgałęzieniem wykrztuszone dwie godziny przedtem przez Stanisława Filipka, cierpiącego *pleuro-pneumonia crouposa ambilateralis asthenica.* Pień odlewu 6 ctm., a z rozgałęzieniami 13 ctm. długi, o średnicy przekroju 12 mm. Przez środek pnia zaledwie cieniutką sondę przeprowadzić można. Budowa pnia koncentryczna z poszczególnych białych błon złożona, które się na szkiełku nie dają rozetrzeć. Gałązki drobniejsze są zbite, twarde.

5) Kol. Kryński miał zapowiedziany odczyt: „O zawartości komórek rakowych“, objaśniając rzecz odpowiednio uskutecznionemi rysunkami tudzież preparatami drobnowidowemi. Prelegent omawia dotychczasowe wyniki badań w porządku chronologicznym zaczynając od Virchowa, który komórki, zawierające wewnątrz wakuole wraz z tworami, nazywa fizoliforami. L. Pfeiffer w r. 1888 znalazł postacie przypominające różne okresy rozwoju dwóch gatunków *microsporidia-plasmodiophora brassica* i *synchytrium mercuriale.* W ostatnich czterech latach liczba badań w tym kierunku znacznie się zwiększyła, większość badaczy jednak bardzo ostrożne tylko czyni przypuszczenia co do pasorzytniczego pochodzenia tych tworów. Najnowsi autorowie jak Podwysocki, Sudakiewicz i Sawczenko uważają je za niewątpliwe sporozoa a ostatni autor usiłuje wykazać pewien związek genetyczny pomiędzy oddzielnemi ich postaciami i zbadać fazy rozwoju. Inni autorowie jak Klebs, Cornil uważają opisywane twory jużto za produkty zwyrodnienia samych komórek nabłonkowych, jużto za różne okresy patologicznej karyjomitozy. Kwestyja daleką jest od rozstrzygnięcia a najważniejszą przyczyną tego jest brak dokładniejszéj znajomości morfologii i histologii sporozoów. Prelegent badał znaczną ilość raków, które natychmiast po wyjęciu stwardniał w rozczynie stężonym sublimatu. Znajdowane twory dzieli na 3 grupy: 1) małe twory kuliste, jednostajnéj budowy, mocno się barwiące, leżące zwykle po 3—7 w protoplazmacie komórki; 2) duże kule 5—8 razy większe od poprzednich leżą pojedynczo lub po dwie w komórkach, spotykają sie nadto kombinacyje pierwszéj grupy z drugą; trzecią grupę stanowią twory mniéj lub więcéj owalne lub gruszkowate z wyraźną torebką, zawierające wewnątrz dużo drobnych tworów rozmaitego kształtu: owalne, laseczkowate lub półksiężycowate. Jądra komórek rakowych zwykle są uciśnięte i odsunięte ku obwodowi, często zaś nawet wcale ich niema. Niekiedy w sąsiednich komórkach znajdują się figury karyjokinetyczne, nigdy zaś spotkać nie było można oznak zapalnego odczynu ze strony tkanki. Histologija patologiczna nie wyjaśnia nam bynajmniéj przyrody tych tworów, przemiany wsteczne bowiem w komórkach nie dają wytworów o konturach tak określonych. Przy porównywaniu ich z różnemi postaciami pierwotniaków, przedstawionych w monografii Pfeiffera, uderza wielkie ich podobieństwo do szeregu form rozwojowych z rodzaju *coccidia, microsporidia* i *myxosporidia.* Tworzące się sporocysty przypominają bardzo postacie z rodzaju opisanych w grupie 3-ej, z czem pasorzytnicze ich pochodzenie zdaje się być więcej niż prawdopodobne. Znaczenie tych tworów jednak w etyjologii nowotworów rakowych

jest zupełnie wątpliwe, już z tego powodu, że znaleść je można nie we wszystkich rakach; nie ma ich często w nowotworach bujających szybko, podczas gdy znajdował je prelegent w największéj ilości w guzach miękkich, mających skłonność do rozpadu. Wreszcie nigdy nie udało się prelegentowi widzieć ich wewnątrz naczyń, coby miało miejsce, gdyby tą drogą miały one wywoływać przerzuty. Wobec tych danych kol. Kryński skłaniając się do przypuszczenia pasorzytniczéj natury tych tworów, wyraża wątpliwość co do istnienia związku etyjologicznego z nowotworami rakowemi, w których grają one zupełnie bierną rolę pasorzytów, żyjących kosztem danéj grupy elementów komórkowych organizmu.

W dyskusyi przypuszcza kol. Sroczyński, iż twory w mowie będące są może odmienne co do swéj istoty, skoro jak to widać na rysunkach są rożnie zabarwione.

6) Kol. Wachholz wygłosił rzecz o przewrotnym popędzie płciowym", która będzie drukiem ogłoszona w „Przegl. Lek.". Prelegent objaśniał swój odczyt przykładami jużto z praktyki własnéj wziętemi, już też od innych kolegów zaczerpniętemi.

W dyskusyi zabiera głos kol. Sroczyński i zaznacza, że podział objawów przewrotnego popędu płciowego, jak go przeprowadził prelegent, jest sztuczny i nie ściśle naukowy. U wszystkich bowiem osób, okazujących przewrotny popęd płciowy wspólnem jest to, że choroba zaczyna się od chwili, w któréj doznały te osoby jakiegoś silniejszego uczucia i przez *associatio idearum* łączą je następnie z przedmiotem, który to silne wrażenie wywołał, jak to ma miejsce w przypadku przytoczonym przez prelegenta.

Kol. Zarewicz, przytoczywszy kilka przypadków z praktyki, stwierdza, że przewrotny popęd płciowy ma miejsce przeważnie u mężczyzn starych i ci ulegają późniéj często chorobie umysłowéj, ztąd ostrożnym należy być przy zasądzaniu takich ludzi. Mówca nie zgadza się z prelegentem i z przeważną liczbą autorów, jakoby onania sama była powodem tak ciężkich zaburzeń jużto w zakresie zdolności spółkowania już też w sferze psychicznéj, twierdzi natomiast, że neurastenija występuje u osobników obciążonych zboczeniami nerwowemi, dopiero skutkiem czytania zastraszających dzieł, traktujących o skutkach onanii i t. p.

Kol. Buzdygan opierając się na materyjale ambulatoryjnym kliniki lekarskiéj, godzi się z zapatrywaniami wypowiedzianemi przez kol. Zarewicza, wykazując nadto, iż u jednych onanistów są objawy przytępienia umysłowego, u innych nie.

Kol. Oettinger nie może zgodzić się z pojęciem uczucia miłości, podanem przez prelegenta na wstępie, twierdząc, że miłość nie jest od popędu płciowego zależną, bo są inne różne miłości, oprócz miłości do kobiety.

Kol. Szewczyk opowiada przypadek, gdzie maleńkie dziecko było onanizowane przez mamkę, która części rodne dziecka do ust brała.

Kol. prof. Blumenstok przypomina prelegentowi, iż pominął w literaturze odnoszącéj się do tych zboczeń prof. Tarnowskiego w Petersburgu, który zarówno jak wszyscy psychijatrzy rosyjscy większe ma doświadczenie w tym kierunku niż my. Co do przewrotnego popędu płciowego u starców, to zdaniem mówcy świadczy on już albo o istniejącem niedołęstwie starczem lub jest zapowiedzią téj choroby. Mowca wspomina również o pewnéj formie przewrotnego popędu płciowego, mianowicie o ekspozycyjonistach, która to forma również znamionuje niedołęstwo starcze, dlatego radzi w przypadkach sądowo-lekarskich być ostrożnym i obok wieku uwzględniać to, że ekspozycyjonizm bywa często zapowiedzią lub objawem niedołęstwa starczego.

Kol. Bogdanik nie zgadza się z prelegentem w tym kierunku, aby pederaści z zawodu byli biernymi i twierdzi, że oni są czynni.

Kol. Wachholz odpowiada prof. Oettingerowi, iż w określaniu pojęcia miłości, miał na względzie tylko miłość do kobiety; na twierdzenie kol. Bogdanika odpowiada, iż pederaści po większéj części są bierni, t. j. tacy, którzy już od urodzenia przyjmują rolę bierną kobiety. Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 czerwca. Następujący koledzy zgłosili dotychczas wykłady na *IV Zjazd chirurgów polskich* w Krakowie: 1) prof. Browicz: O teoryi pasorzytniczéj raka (z demonstracyjami); 2) prof. Obaliński: O leczeniu gruźlicy kości i stawów; 3) prof. Rydygier: O ranach przepony; 4) Dr. Słapa: Wyniki leczenia konserwatywnego w gruźlicy stawów i kości (z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika); 5) Dr. Kryński: O tworach w komórkach rozmaitych postaci wola.

* W publicznéj służbie zdrowia w Galicyi zaszły następujące zmiany: Lekarze powiatowi Dr. Ignacy Januszkiewicz w Pilznie, Dr. Błażéj Kijas w Mielcu i Dr. Leon Machalski w Tarnobrzegu przeniesieni zostali w stan spoczynku; natomiast mianowani zostali lekarzami powiatowymi 1-éj klasy dotychczasowi lekarze powiatowi 2-éj klasy: Dr. Antoni Pietrzycki w Brzesku, Dr. Antoni Broniowski w Sokalu, koncypista sanitarny Dr. Zdzisław Lachowicz; lekarzami powiatowymi 2-éj klasy asystenci sanitarni: Dr. Feliks Najedło w Krośnie, Dr. Józef Kownacki w Wieliczce, Dr. Aloizy Löwy w Nisku; koncypistą sanitarnym Dr. Leon Rosenbusch; asystentami sanitarnymi: lekarze pułkowi Dr. Józef Peters w Dolinie, Dr. Józef Friedberg w Jaśle, lekarze praktykujący Dr. Januszkiewicz w Pilźnie, Dr. Włodzimierz Szczepanicki w Rzeszowie; przeniesieni lekarze powiatowi Dr. Adam Krzystałowicz z Doliny do Żółkwi, Dr. Alfred Berggrün ze Żółkwi do Chrzanowa, asystent sanitarny Dr. Bronisław Warzycki ze Złoczowa do Mielca.

* Otrzymaliśmy następujące ostrzeżenie, które w interesie młodszych kolegów podajemy:

„Przed kilku dniami pojawiło się w dziennikach ogłoszenie na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, raczéj oglądacza bydła i mięsa, w gminie Bohorodczany, przyczem położenie w różowych kolorach przedstawiono.

Ostrzegam Szanownych Panów Kolegów, aby bezpotrzebnie nie łudzić się szumnem ogłoszeniem, bo sprawa ta polega na niegodnych intrygach uwłaczających naszemu stanowi. — W miejscu jest przed rokiem osiadły młody lekarz, Dr. wszech nauk lekarskich, przeciw któremu pewne indywidua w sposób niegodny występują. Moim zaś obowiązkiem jest stać na straży interesów lekarskich mojego powiatu, oświadczam przeto, że wszelkich sił dołożę, aby osiadły już lekarz, któremu nic zarzucić nie można, otrzymał rzeczoną lichą posadę".

Dr. Antoni Coghen, c. k. lek. pow.

* Na ostatniem posiedzeniu Wydziału lek. Uniw. Jagiell. dziekanem na rok przyszły szkolny wybrany został jednomyślnie prof. Korczyński. Gdy jednak tenże oświadczył, że z powodu rozlicznych zajęć nie mógłby bez uszczerbku na zdrowiu podołać nowemu obowiązkowi i prosił o uwolnienie go od takowego, Wydział uznawszy słuszność jego motywów wybrał również jednogłośnie dziekanem na rok przyszły prof. Blumenstoka.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Mianowami zostali nadzw profesorami w Uniw. wiedeńskim docenci prywatni: prymaryjusz Dr. Józef Englisch (chirurgii), Dr. Otton Bergmeister (okulistyki), Dr. Ferdynand Hochstätter (anatomii opisowéj), Dr. Aleksander Kolisko i Dr. Ryszard Paltauf (anatomii patologicznéj), a potwierdzeni zostali jako docenc prywatni Dr. Otton Zuckerkandl i Dr. Maurycy Schuster (chirurgii). — W Wydziale lek. uniwersytetu czeskiego w Pradze otwartą została w szpitalu powszechnym klinika dla chorób ucha, nosa i jamy gardłowéj i kierownictwo jéj poruczono prof. Emilianowi Kaufmannowi.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Ferensiewicz z Gorlic, Franciszek Krzyształowicz z Krakowa i Szymon Meth z Sobniowa w Galicyi.

* **Zmarli.** D. 13 b. m. umarł Dr. Ludwik Schnell, dyrektor zakładu dla obłąkanych w Hildesheim w 75 roku życia. Zmarłemu zawdzięcza psychijatryja poznanie i odróżnienie pomięszania pierwotnego (*Paranoi*) oraz założenie pierwszéj w Niemczech osady rolniczéj w Einum pod Hildesheimem w r. 1864. — Zmarły w Pradze w 79 roku życia b. prof. i dyrektor krajowego zakładu dla obłąkanych Dr. Jakób Fischel przeznaczył kapitał 90,000 złr. na cele dobroczynne. — W Dreznie umarł jeneralny lekarz wojska saskiego Dr. Wilhelm Roth, licząc lat 69, znany autor podręcznika o higijenie wojskowéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 2 Lipca 1892. Nr. 27.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Dok. Patrz Nr. 26.)

2) *Resectio + Anus praeternaturalis* nie wymaga bliższego roztrząśnięcia pod względem technicznym. Chciałem tylko zwrócić uwagę na jeden punkt bardzo ważny, ponieważ, nawet przy tak szczupłéj kazuistyce, dwa razy odegrał ważną rolę, a tem jest zgorzel wszytych w ranę końców przeciętéj kiszki. W przypadku Koeniga uległa zgorzeli kiszka gruba wszyta w ranę; zwięzłość opisu nie pozwala na wysnucie jakichbądź wniosków; zanotowane jest tylko, iż powodem zgorzeli było obnażenie jéj z kreski; szew kiszkowy był niemożliwy. Natomiast Riedel, wyciąwszy część ilei, *coecum*, całe *colon adsc.* i część *c. transversi* mógł był zbliżyć i zeszyć końce kiszki, lecz nie zrobił tego z obawy zgorzeli przez naciągnięcie kreski mocno zmaltretowanéj przez liczne obkłucia *en masse*; dla zmniejszenia naprężenia kiszki wszył *ileum* w dolnem c. *transversum* w górnym kącie rany; a mimo to nastąpiła zgorzel obu końców; chory mimo to wyzdrowiał. Przypadki te świadczą, iż nałożenie sztucznéj rzyci nie wyklucza możności zgorzeli końców i dla tego w podobnych razach należy bezwarunkowo pierwszeństwo dać anastomozie kiszkowéj, która pozwala obciąć jeszcze więcéj z obu końców, tak aby cięcie napewno wypadło w częściach należycie ukrwionych. Jasnem jest, iż o ile *ileum* i poprzecznica nadają się do wszycia w ranę brzuszną, o tyle *colon adsc. i flexura hepatica* mogą przedstawiać znaczne trudności.

3) *Entero-anastomosis* jest metodą bardzo młodą i dopiero dalsze spostrzeżenia kliniczne są w stanie rozwiązać cały szereg pytań, które wyłoniły się czy w toku dokonanych już operacyj, czy też wskutek doświadczeń wykonanych na zwierzętach, Dotychczas przeważnie dokonywaną była sama przez się bez uprzedniéj resekcyi kiszki, jednakowoż rozciągniętą być może i być powinna na te przypadki wycięcia, w których niepodobna końców kiszek zbliżyć i połączyć szwem z powodu zbyt znacznego naciągnięcia.

A) Spojenia kiszek bez uprzedniéj resekcyi istnieje kilka sposobów, a mianowicie:

Najdawniejszy sposób Maisonneuvea, według którego pętlicę kiszki cienkiéj powyżéj przeszkody spaja się z kiszką grubą poniżéj téj ostatniéj.

Sposób Hakena, wedle którego nacina się na poprzek pętlicę kiszki cienkiéj i oba jéj końce, niezupełnie zatem przeciętéj, wszywa się w ranę boczną poprzecznicy wstępującéj [1]).

Sposób Senna t. z. *Ileo-colostomy by implantation* [2]): przecina się *ileum*, poczem koniec obwodowy zamyka się szwami i wpuszcza do jamy brzusznéj; następnie robi się cięcie podłużne wielkością odpowiadające światłu kiszki biodrowéj w ścianie *coli adsc.* przeciwległéj przyczepowi kreskowemu i w ranę tę wszywa się odśrodkowy koniec k. biodrowéj za pomocą szwu Lembert-Czernego, lub za pomocą pierścienia kauczukowego.

Drugi sposób Senna t. z. *ileo-colostomy by lateral apposition*: przecina się k. biodrową, wpochwia i zaszywa się oba jéj końce, poczem w odśrodkowym z nich i w *colon adsc.* robi się cięcia podłużne jednakowéj długości a brzegi ich spaja albo szwem Lembert-Czernego, albo za pomocą t. z. przedziurawionych tarczek z odwapnionéj kości.

Najpospieszniejszy i najłatwiejszy sposób spojenia jest anastomoza kiszek wedle Maisonneuvea, która znalazła szerokie zastosowanie w raku odźwiernika pod postacią Wöl-

[1]) Zaczerpnięte z Maydla: *Ueber den gegenwärtigen Stand der Darm-Chirurgie.* 1888. str. 391. — [2]) *Annals of Surgery.* T. VII. str. 269.

flerowskiéj *gastroenterostomii*. W zastosowaniu do nowotworów i innych zwężeń k. ślepéj, niedających się usunąć radykalnie, wykonana przez Billrotha, Hackera, Wahla z pomyślnym rezultatem, zasługuje na bliższy rozbiór przynajmniéj niektórych punktów. Już współcześni Maisonneuvea zarzucali jego metodzie, iż w wyłączonym odcinku jelita przyjść może do nagromadzenia się kału, nie wyklucza się w nim bowiem zarówno jak w sposobie Hakena, możliwości przedostania się części zawartości kiszkowéj przez zwężone miejsce. Co większa, opierając się na analogii z odbytem sztucznym powstałym po przepuklinach zgorzelinowych, przypuszczał Haken możliwość powolnéj restauracyi dawnego koryta w razach, gdy przyczyną zwężenia, lub zamknięcia światła kiszki były owrzodzenia błony śluzowéj; dlatego to umieszczał oba końce nadciętéj kiszki biodrowéj równoległe do siebie i wszywał je w *colon*, aby upodobnić ich stosunek do sytuacyi kiszki w sztucznéj rzyci; anastomoza więc miała tylko na celu czasowo odprowadzić zawartość kiszkową inną drogą, omijając przeszkodę. Nie ulega wątpliwości, iż sprawa reparacyjna w wielu razach po zagojeniu się owrzodzeń w jelicie, zwolna prowadzi do zupełnéj restytucyi *ad integrum* i do przywrócenia prawidłowego światła kiszki; wątpić jednak się godzi, czy w przypadkach, w których objawy wzmogły się do stopnia, że aż były wskazaniem do wykonania anastomozy, możliwym jest powrót do normy. Tem bardziéj zatem niepożądanem jest zapływanie zawartości kiszkowéj do wyłączonego odcinka w przypadkach nowotworów, gdzie zatrzymując się i gnijąc, wywołałyby szybszy rozpad tkanki nowotworowéj, lub rozszerzanie się wrzodów i wytwarzanie przetok przy owrzodzeniach gruźliczych.

Dla tych względów odpowiedniejszemi ku temu celowi są oba sposoby Senna, w których przez przecięcie k. biodrowéj i zaszycie końca obwodowego bezwarunkowo powstrzymuje się dopływ treści do miejsca zwężenia. Na podstawie licznych doświadczeń Senn twierdzi, że nie przychodzi do nagromadzenia się kału rownież i w części *coli adsc.* między miejscem spojenia kiszek a zwężeniem; owszem, wykluczony odcinek (na zwierzętach przynajmniéj) ulega zanikowi. Nowy otwór łączący kiszkę biodrową z okrężnicą znajdował Senn zawsze dostatecznie wielkim, rozmiarami równającym się światłu kiszki cienkiéj, przez co upada zarzut Malgaignea, jakoby po anastomozie przychodzić miało do ponownego zwężenia kiszki, skutkiem skurczenia się nowo utworzonego otworu. Nakoniec otwór ten otoczony bywał w doświadczeniach Senna wydatną marszczką błony śluzowéj, przypominającéj zastawkę biodrowokątniczą. Przyszłe spostrzeżenia kliniczne okażą, czy i o ile te wyniki będą stałemi u ludzi; czy rzeczywiście nie przyjdzie do zwężenia otworu komunikacyjnego po dłuższym czasie, niż to było w doświadczeniach Senna. Już Reichel w swoich doświadczeniach zauważył, iż wprawdzie nie dochodzi do zastoju kału i do rozszerzenia w ślepym odcinku kiszki między otworem komunikacyjnym a miejscem zamknięcia, lecz zdarza się widzieć zwężenie i zatkanie tego otworu przez twardsze niestrawione cząstki kału przywierające do jego brzegu, i że nawet możliwe jest zarośnięcie otworu anastomotycznego.

Przypuściwszy nawet, że nigdy nie dochodzi do zastoju i nagromadzenia się zawartości kiszkowéj w wykluczonéj kątnicy, bynajmniéj nie można być spokojnym o dalsze jej losy. Najprzód nie wyłączonem zostaje przedostawanie się do niéj gazów z przewodu kiszkowego; następnie zbiera się wydzielina błony śluzowéj; a wreszcie, co najważniejsza, wytwarzają się produkty ropienia i rozpadu owrzodzeń nowotworowych i gruźliczych, lub ich przetok, nieraz głębokich, łączących się z ropnemi zbiornikami kiszkowemi. Teoretycznie przypuszcza się, iż te wydzieliny mają swobodny i zapewniony odpływ do ogólnego strumienia zawartości kiszkowéj. Bezwarunkowo atoli uważamy za bezpieczniejsze zapewnić im możliwą drogę odpływu w inny jeszcze sposób, a mianowicie:

a) przez wszycie obwodowego końca przeciętéj k. biodrowéj w ranę brzuszną, jak to radzi Maydl.

b) Bardzo szczęśliwą jest myśl Salzera [1]), który proponuje zupełnie odłączać chorobowo zmienione *coecum* przez przecięcie zarówno k. biodrowéj (doprowadzającéj), jak i okrężnicy wstępującéj, resp. poprzecznicy (odprowadzającéj), poczem odśrodkowy koniec *ilei* łączy anastomozą z końcem obwodowym k. grubéj, obwodowy koniec k. biodrowéj zaszywa, a odśrodkowy k. grubéj wszywa w ranę brzuszną, tworząc przetokę przez którą zapewnia się odpływ wydzieliny z wykluczonéj kątnicy, a zarazem zostawia się furtkę dla terapii miejscowéj. Za pomocą doświadczeń na zwierzętach przekonał się Salzer, że proste całkowite wykluczenie kiszki z zupełnem zamknięciem obu końców wykluczonego odcinka jest sposobem niebezpiecznym, w zamkniętéj bowiem pętlicy, nawet po kilku tygodniach dobrego mienia się zwierzęcia następuje pogorszenie, wiodące nieraz do szybkie śmierci z powodu zebrania się wydzieliny, owrzodzenia błony śluzowéj, wessania i zatrucia rozłożonym zamkniętym kałem. Sposób swój Salzer bardzo słusznie rozciąga na przypadki, w których istnieją liczne, a porozgałęziane przetoki kałowe, w modzelowato zmienionéj ścianie brzusznéj, w bliznowato zwyrodnionym dole biodrowym, przy bliznowatych zwężeniach kiszki ślepéj; w tych przypadkach niebezpieczeństwo związane z resekcyją kiszki może być większe, niż doniosłość samego cierpienia, i dla tego sposob swój autor poleca na miejsce resekcyi i enterorafii.

c) Obok tych dwóch sposobów traktowania końców wykluczonego odcinka ośmielam się proponować jeszcze jeden, polegający na wszyciu w ranę brzuszną obu końców wyłączonéj kątnicy, a zapewniający odpływ wydzieliny przez oba końce na zewnątrz. Sposób ten pozwala na dokładne przestrzykiwanie wykluczonego odcinka, a tem samem na dokładne oczyszczenie kanału przy rakowatem zwężeniu i na działanie środków miejcowo działających przy gruźlicy kiszki ślepéj.

B) Anastomoza po dokonanéj resekcyi kiszki ślepéj ma znaczenie jedynie w przypadkach, gdzie nie można dokonać enterorafii. Nicoladoni [2]) wystąpił z dwiema propozycyjami plastyki kiszkowéj, mającemi zastąpić właściwą anastomozę; proponuje on albo wstawić między koniec kiszki grubéj i cienkiéj, na miejsce wyciętego odcinka odpowiednią pętlicę jelita cienkiego, albo też, wybrawszy swobodnie ruchomą pętlicę kiszki cienkiéj, radzi ją rozciąć w poprzek, poczem obwodowy jej koniec przyszywa do *colon adscendens* resp. *transversum*, a drugi zatem centralny koniec przyszyć do końca kiszki biodrowéj; w tym ostatnim razie zawartość kiszkowa przebywałaby pewną część kiszki biodrowéj w kierunku antyperystaltycznym. Przyszłość po-

[1]) *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir.* XX. Kongress. 1891. — [2]) *Wiener med. Presse* 1887 Nr. 50.

każe, o ile propozycyje Nicoladoniego są wykonalne w praktyce, tu zauważyć można jedynie, iż przy pierwszym sposobie oprócz resekcyi chory wytrzymać musi enterorafiję w trzech, przy wtórym w dwóch miejscach, co olbrzymio przedłuża operacyję. Do tego dodajmy traktowanie kreski również przeciętéj w pierwszym razie w dwóch, w drugim w jednem miejscu. Z tego względu bez porównania odpowiedniejszą wydaje się jedna z modyfikacyj anastomozy, proponowanych przez Senna.

Bliższe szczegóły techniczne anastomozy kiszek znajdzie czytelnik w pracach Senna i Reichela, dla tego je tu pomijam. Chociaż sposoby pomyślane przez Senna pozwalają na znaczną oszczędność czasu przy wykonywaniu operacyi, zarówno jednak Reichel, jak i Salzer są zdania, iż szew chirurgiczny według Czernego lub Wölflera posiadają wyższość przy operacyjach na człowieku od tarczek kostnych i pierścieni kauczukowych Senna.

W doświadczeniach swoich autor ten, zauważył iż jeżeli przy anastomozie wykluczoną została cała kiszka gruba, tak że płynna zawartość kiszki cienkiéj dostaje się odrazu do kiszki prostéj, zwierzęta mają wypróżnienia płynne. W moich obu przypadkach enterorafii wycięcie kiszki ślepéj bynajmniéj nie wpłynęło na jakość wypróżnień, które i co do gęstości i co do częstości były najzupełniéj prawidłowemi.

Zanim zamknę niniejszą pracę chcę jeszcze zwrócić uwagę czytelnika na jednę propozycyję, któréj nie miałem sposobności zastosować przy raku kiszki ślepéj, lecz wypróbowałem przy nowotworze wtórnym powstałym z gruczołów chłonnych podotrzewnowych dołu biodrowego. W przypadkach raka kiszki ślepéj, gdzie guz zrośnięty jest ściśle ze skórą i z powięzią dołu biodrowego, a zarazem przyrosły do otrzewnéj w kierunku ku *spina ant. sup.* i do więzu Pouparta, jeżeli wycięcie wydałoby się za trudnem i za niebezpiecznem, stan jednak ogólny na tyle dobry, że czyniłby to pożądanem, proponuję w y k l u c z e n i e n o w o t w o r u *in toto* z j a m y b r z u s z n é j w sposób następujący Cięciem łukowatem zwróconem wypukłością do więzu Pouparta, poprowadzonem ponad środkiem guza, rozdziela się skórę i mięśniowe warstwy, a nawet otrzewną, o ile nie są zwyrodnione; po otwarciu jamy otrzewnéj przecina się kiszkę biodrową i jej kreskę oraz okrężnicę w należytéj odległości od nowotworu, a wtedy końce kiszki łączące się z guzem wyprowadza się na zewnątrz, pozostałe końce t. j. odśrodkowy k. biodrowéj i obwodowy grubéj łączy się za pomocą enterorafii, lub jeżeli nie można za pomocą anastomozy i wpuszcza do jamy brzusznéj, którą zamyka się przez wtłoczenie ściany czyli wargi górnéj rany brzusznéj aż do podstawy guza, gdzie się ją przyszywa do otrzewnéj dołu biodrowogo. W ten sposób wyklucza się guz wraz z końcami kiszki z jamy brzusznéj, wytamponywa się ranę gazą jodoformową lub co lepiéj wyjałowioną i czeka przez dwa tygodnie, aż do mocnego przyrośnięcia ściany brzusznéj w nowo nadanem położeniu, poczem, gdy chory się poprawi, można przystąpić w jakiś czas do drugiej operacyi, już na zewnątrz jamy otrzewnéj, do ekstyrpacyi nowotworu z jego łożyska.

Niektóre z myśli poruszonych w niniejszéj pracy, jako też inne, które nie były uwzględnione, dadzą się streścić w następujących punktach:

1° Rak kiszki ślepéj nierzadko jest cierpieniem bardzo przewlekłem, istniejącem całe lata wprzód nim dojdzie do nie zdradzającem się niczem innem, prócz lekkiego zaparcia i obecności guza. Operacyja w tym okresie jest najwdzięczniejszą i cierpienie powinno być przez lekarzy wewnętrznych troskliwie uwzględniane.

2° Resekcyja i natychmiastowa enterorafija stanowią idealną operacyję, do któréj dążyć się powinno w każdym przypadku nowotworu lub zapalnego guza kiszki ślepéj.

3° Jeśli chory dostaje się operatorowi w okresie zamknięcia kiszki z objawami *ileus*, bezwarunkowo trzymać się należy zdania Bauma, Maydla i innych, i nie przystępować ani do resekcyi, ani do anastomozy, a poprzestać na zrobieniu *anus praeternaturalis* na kiszcze biodrowéj, jak najbliżéj zastawki Bauhina. Wykroczenie przeciw téj zasadzie może przyprawić chorego o śmierć skutkiem fatalnego zbiegu niepomyślnych okoliczności, długiegu trwania operacyi, wylania się zawartości kałowéj do jamy otrzewnéj, jak to miało miejsce w jednym przypadku, u 30-kilkoletniego wybornie odżywionego chorego, u którego nie umiano się zdecydować w porę na resekcyję ograniczonego, bardzo ruchomego guza, póty, aż przyszły objawy *ileus*; przedsięwzięta wtedy w fatalnych warunkach operacyja, zakończyła się śmiercią, skutkiem wylania się kału z kiszki i krwotoku po spełznięciu kleszczyków z kreski. Przypadek ten nie został ogłoszony drukiem; podobnie niepomyślne warunki były powodem śmierci w przypadku Sacrégo. Skoro chory przyjdzie do siebie po operacyi sztucznéj rzyci można przystąpić do resekcyi i zeszycia, lub do anastomozy wedle propozycyi Salzera.

4° Rzyć sztuczną, z wyjątkiem przypadków ostrego zamknięcia należy całkowicie porzucić po wycięciu kiszki ślepéj, a jéj miejsce zastąpić winna w każdym przypadku doraźna enterorafija, lub gdzie ta jest niemożliwą, anastomoza kiszek.

5° Gdzie resekcyja guza okazuje się albo niepodobną do wykonania, albo choć technicznie możliwą, ale za ciężką przez wzgląd na stan ogólny chorego, należy przedsiębrać anastomozę kiszkową wedle metody Senna lub Salzera.

6° Gdzie nie ma rozpowszechnienia i rozsiania raka, który o ile przypuścić można jest jeszcze cierpieniem miejscowem ograniczonem, lecz resekcyja i enterorafija, lub enteroanastomoza na jednem posiedzeniu wydają się za ciężką, można przełożyć kolej tych operacyj i dokonać najprzód samego zeszycia lub połączenia, a guz sam wykluczyć z jamy brzusznéj i ekstyrpować go po zupełnem poprawieniu się stanu chorego.

7° W pomyślnych przypadkach, po resekcyi rakowaté kiszki ślepéj i enterorafii doraźnéj, można osiągnąć zadziwiająco dobre wyniki co do stanu ogólnego, oraz sprawności kanału kiszkowego, utrzymujące się całe lata.

Warszawa, Wrzesień, 1891.

II. W sprawie nowego sposobu operacyjnego wobec gruźlicy kości piętowej i skokowej podanego przez Dra Bogdanika.

Skreślił

Dr. Kapelusz, sekundaryjusz szpitala powszechnego w Białéj.

Przez dokładniejszą znajomość spraw gruźliczych w ogólności a przez gruntowne zapoznanie się z ograniczoną i ściśle umiejscowioną postacią gruźlicy kości w szczególności, niejedną kończynę przy zachowawczem leczeniu chirurgicz-

nem uratować teraz możemy, którąby w dawniejszych czasach odjąć musiano. Po dokładnem rozpoznaniu ogniska chorobowego możemy i miejscowo leczyć. Jak zbawiennie miejscowe chirurgiczne leczenie gruźliczych schorzeń kości mianowicie na kończynach usadowionych w wieku dziecięcym działa, jest przez wszystkich pedyjatrów uznanym faktem. Jeżeli nadto oprócz chirurgicznego zabiegu i polepszenie zdrowotnych stosunków, jako to czyste powietrze, odpowiednie odżywienie, kąpiele i t. p. stosować możemy, to nawet o zupełnéj *restitutio ad integrum* można myśleć. A przecież zdarzają się przypadki, w których mimo gruntownego rozpoznania miejscowego dopiero po dokonanem otwarciu gruźliczego ogniska chorobowego, chirurgiczny plan leczenia możemy powziąć. Tak samo jak rozpoznanie narządów w jamach ciała jest dosyć dokładnie wyrobione, a mimo to lekarz chorób wewnętrznych niektórych chorych chirurgowi w celu wykonania cięcia próbnego przesyła, tak samo i chirurgija nowoczesna celem ścisłego rozpoznania miejscowego używała czasowego przepiłowania kości, poczem właściwy zabieg wykonać było można. Te cięcia próbne znowu bez szkody dla chorego wykonywa się przy dokładnem zastosowywaniu antiseptyki i aseptyki.

Niniejszem chcę opisać dwa przypadki, jeden z gruźlicą kości skokowéj, drugi z gruźlicą kości piętowéj, operowane przez Dra Bogdanika w szpitalu powszechnym w Białéj, według metody własnéj, ponieważ sposób ten operacyjny posiada niektóre zalety w porównaniu z dotychczas używanemi sposobami.

Zasady tego sposobu operacyjnego są następujące: Cięcie rozpoczyna się nieco poniżéj kostki wewnętrznéj (względnie zewnętrznéj, jeżeli operujemy na stopie lewéj), przebiega przez środek guza kości piętowéj do kostki zewnętrznéj zaraz do kości drążące, potem przepiłuje się kość piętową w tym samym kierunku przy równoczesnem mocnem zginaniu grzbietowem stopy. Skoro kość piętową do powierzchni stawowéj z kością skokową przepiłowano, rozłożyć można obie powierzchnie przepiłowane przebiegające przez ciało kości piętowéj. Jeżeli ognisko gruźlicze w tejże się znachodzi, można je dokładnie w całéj rozciągłości widzieć i przez *évidement* łyżeczką ostrą lub za pomocą dłutka wyżłobionego usunąć, jeżeli zaś całą kość piętową znachodzimy gruźlicą zajętą, to możemy całą kość wyłuszczyć.

Przez powyższe cięcie otrzymujemy także przystęp do dolnéj powierzchni stawowej kości skokowéj i w razie potrzeby można ztąd całą kość skokową wyłuszczyć, jak to istotnie w jednym z poniżéj opisanych przypadków było, przy ograniczonem zaś ognisku chorobowem w kości skokowéj można takowe usunąć. Cięcie podane zawiera mnóstwo zalet w porównaniu z dotychczas prowadzonemi cięćmi. Cięcie grzbietowe poprzeczne według Huetera przecina ścięgna wypręźaczy, naczynia, nerwy; po dokonanéj operacyi spajano ścięgna i nerwy szwem. Cięcie strzemieniowe według Buscha i Hahna z czasowem przepiłowaniem kości piętowéj w kierunku czołowym (jak u Pirogowa) i wyłuszczeniem kości skokowej ma znowu te ujemne strony, że przecina mięśnie podeszwowe i wytwarza bliznę na podeszwie, która przy chodzeniu dosyć bolesną być może. Podane przez Dra Bogdanika cięcie nie nadweręża ani ścięgien, ani mięśni, ani naczyń, ani nerwów, dlatego należy uważać je jako idealne cięcie do przepiłowania kości piętowéj. Operacyi towarzyszy nieznacznee broczenie. Według téj metody poprzednio na zwłokach wypróbowanéj operowano następujących:

I. F. K., 17 lat liczący, wyrobnik fabryczny z Kamienicy, przyjęty 28/9 1891, bez obciążenia dziedzicznego. Chory od pierwszéj swéj młodości cierpi na moczenie nocne, prócz „prosówki“ (*miliaria*) nie przebył żadnéj choroby. Od 3 miesięcy powstał wrzód w okolicy kostki wewnętrznéj.

Stan obecny: Chłopiec niskiego wzrostu, wątłéj budowy ciała, źle odżywiony, niedokrewny. Ciężar ciała 42·25 klg. Okolica między kostką wewnętrzną lewą i ścięgnem Achillesa obrzmiała, zaczerwieniona. Obrzmienie rozciąga się ku przodowi do kostki wewnętrznéj lewéj, ku górze prawie na 2 palce powyżéj kostki, ku tyłowi do ścięgna Achillesa, ku dołowi do wewnętrznego sklepienia stopy. Na szczycie obrzęku znachodzi się wrzód wielkości orzecha laskowego. Zgłębnik wprowadzony zanurza się w kierunku ku tyłowi i dołowi, przyczem wyczuć można tarcie przy wykonywaniu ruchów tymże Zresztą przy badaniu chorego nie znaleziono nic uwagi godnego.

Rozpoznanie: Próchnienie szyjki kości skokowéj.

Rękoczyn: Cięcie części miękkich od jednéj kostki do drugiéj przez guz kości piętowéj ukośnie przebiegające, drąży od razu do kości; przepiłowanie kości piętowéj w tymże samym kierunku, poczem przez nadmierne zginanie grzbietowe (*hyperflexio dorsalis*) stopy staw skokowo-piętowy zwichnięto. Cięcie przez części miękkie nieco ku górze przedłużono, obustronnie na 1 ctm, poczem odpreparowano górną część guza kości piętowéj razem ze ścięgnem Achillesa. Więzadła boczne kości skokowéj przecięto nożem i nożycami, odciągając przedtem naczynia i ścięgna za pomocą tępych haczyków. Uchwyciwszy ciało części skokowéj mocnemi kleszczami Fergussona, wytarzano kość skokową. Przecięcie więzadeł i wydobycie kości skokowéj jest dosyć żmudnem. Po obejrzeniu chrząstki stawowéj kości goleniowéj i piszczelowéj jakoteż piętowéj, znalazłszy takowe w stanie prawidłowym, wyskrobano jeszcze otwór przetoki w częściach miękkich ostrą łyżeczką Brunsa. Krwawienie przytem było nieznaczne, ani ścięgna, ani naczynia tętnicze nad wereżone nie zostały. Powierzchnie przepiłowane kości piętowéj złożono razem, rany skórne spojono szwem ciągłym katgutem chromowym. Dren Neubera (odwapniony), sublimat $^1/_2$ ‰, proszek jodoformowy, gaza jodoformowa 30%, *silk protective* przedziurawiony, wata Brunsa, opaska na krochmalona. Tylną powierzchnię szyjki skokowéj znaleziono ogloconą z okostnéj, szorstką i szarawo zabarwioną. Po przepiłowaniu okazało się, iż kość na tylnéj powierzchni 2—3 mm czarno jest zabarwioną.

Przebieg pooperacyjny: 8/10 t. 120, c. 38·5, wieczór 37·5° C.

9/10 t. 120, c. 38·5.

10/10 t. 128, c. 37·7.

11/10 t. 116, c. 37·9.

I. opatrunek nieco krwią przesiąknięty, grzbiet stopy zaczerwieniony. Na przedniéj powierzchni kostki wewnętrznéj skóra sinawo zabarwiona wielkości centa. Około drenu małe zgorzelinowe strzępki i wąskie pasmo dolnego płatu skórnego usunięto. Zresztą rana ładnie czerwono wygląda. Ułożenie stopy na szynie resekcyjnéj.

11/10 wieczór 38·8° C.

12/10 wieczór 37·7° C.

II. Opatrunek przesiąknięty zmieniono.

17/10. III. Opatrunek przesiąknięty, cuchnący. Kreolin 1% rozczyn. C. 37·2.

23/10. IV opatrunek. Rana się oczyściła, szwy odjęto, opatrunek jodoformowy.

26/10. V opatr. 31/10 VI opatr. 8/11 VII opatr.

18/11 VIII opatr. Odtąd gojenie powoli postępuje. Ruchy w stawie skokowym wolne i niebolesne. Okolica pięty nieco grubsza a stopa przy stawaniu ma skłonnoś do podwijania się nieco na zewnątrz (*pes valgus*). Wyra twarzy blady, ciężar ciała 37·7 klgr., zatem ubytek o $4^1/_2$ klgr. Przypuścić przeto należy, iż jakieś ognisko gruźlicze istnieje, które wcześniéj czy późniéj da się rozpoznać.

V. R., 20 lat liczący, pomocnik murarski, z Mazańcowic, przyjęty 23/11 1891. Podczas uczęszczania do szkoły przebył chory zołzowe cierpienie gruczołów w okolicy podszczękowéj lewéj, po którem pozostały nieregularne, sinawo-białawe blizny. W lecie r. 1891 powstało obrzmienie w okolicy kostki zewnętrznéj lewéj z początku nie bolesne.

Stan obecny: okolica lewéj zewnętrznéj kostki obrzmiała, sinawo zabarwiona. Obrzmienie rozciąga się ku górze aż do wysokości kostki zewnętrznéj lewéj, ku dołowi na 2 palce poniżéj kostki, ku przodowi przechodzi obrzmienie stopniowo w zdrową skórę, ku tyłowi rowek zakostkowy między kością piszczelową a ścięgnem Achillesa wypełniony. W dolnym odcinku tegoż obrzmienia znachodzi się przetoka mająca cechy wrzodu gruźliczego. Zginanie i wyprostowanie w stawie skokowym prawidłowe, niebolesne. Ciężar ciała 53·8 klg.

Rozpoznanie: Próchnica kości piętowéj, blizny w okolicy podszczękowéj lewéj po zropieniu gruczołów zolzowem na szyi.

Rękoczyn: 2/12 cięcie od jednéj kostki przez okolicę guza kości piętowéj do kostki po stronie przeciwnéj drążące od razu do kości, przepiłowanie kości piętowéj w tym samym kierunku, przy rozłożeniu obu powierzchni przepiłowanych kości piętowéj znachodzi się próchnicze ognisko wielkości orzecha włoskiego, które wydłutowano i wyskrobano. Z tego ogniska prowadził kanał w kości na zewnątrz, który także wyskrobano. Szew katgutem chromowym kości piętowéj, szew skórny. Drenowanie przez prztokę, dren prowadzono przez opatrunek na zewnątrz. Gaza jodoformowa, batyst przedziurawiony, opatrunek watą.

Przebieg pooperacyjny. 3/12 t. 68, c. 37·5° C.
4/12 t. 80, c. 37·0, wieczór 38·4.
5/12 c. 36·8, wieczór 37·5.
6/12 c. 36·3, wieczór 37·4.
7/12 I opatrunek, rana aseptyczna, wieczór c. 37·7.
8/12 c. 36·3, wieczór 37·8.
9/12 c. 37·1, wieczór 37·8.
10/12 c. 36·9, II opatrunek, wieczór 37·9.
11/12 c. 37·0, wieczór 37·0.
12/12 c. 36·8, wieczór 37·6.
15/12 III opatrunek, nieco ropy cuchnącéj.
23/12 IV opatrunek, dtto.
1/1 V opatrunek, szwy odjęto.
7/1 VI opatrunek, szew kostny odjęto. Kształt stopy w niczem nie zmieniony, ruchy zupełnie wolne. Ciężar ciała 53·7, zatem ani przybytku ani ubytku niema. Chory chodzi, ból w narcie ustał, uważać go można za ozdrowieńca.

Przypisek. Gdy już niniejsza praca przez kol. Kapelusza do druku przygotowaną była, pojawił się w „Przeglądzie Lek.“ (1892, Nr. 1) artykuł prof. Obalińskiego, w którym niespodzianie ciężkiego wroga dla swéj metody ujrzałem. Jego cięcie bowiem pierwotnie dla małych kości stępu przeznaczone, przemienia się nagle na duże cięcie stopy podłużne i toruje sobie dostęp do kości piętowéj, skokowéj i stawu skokowego, — a zalety téj metody są jasne i przekonywające. Wobec tego w téj sprawie kilka słów poświęcić muszę.

Wskazanie dla cięcia mego ograniczam jedynie do przypadków, w których ognisko chorobowe przy zdrowéj zresztą skórze w kości piętowéj lub skokowéj przypuszczamy. Tam, gdzie małe cięcie jest wskazanem, mojego stosować nie można. Przy schorzeniu kości skokowéj, a przedewszystkiem piętowéj moje cięcia zaleca, bo cięcie w częściach miękkich jest jak najmniejsze, nie przecina się żadnych naczyń, ścięgien, mięśni albo nerwów, przeto żadnych zaburzeń w sferze czucia lub ruchu obawiać się nie należy, blizna ma położenie najkorzystniejsze, wreszcie kształt stopy najmniejszéj ulega zmianie, zwłaszcza jeżeli się przepiłowane odłamki kości piętowéj szwem kostnym spoi, co zawsze polecam.

Biała d. 8/I 1892. *Dr. Bogdanik.*

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Czerny: **Uwagi nad snem dzieci w stosunkach fizyjolog.** (Z kliniki pedyjatrycznéj prof. Epsteina w Pradze).

Zbyt słaby rozwój zmysłów, tak u osesków jak nieco starszych dzieci, stanowi przeszkodę przy badaniu nasilenia snu za pomocą sposobów Fechnera, Piesbergena, Mönninghoffa używanych u osób dorosłych a zależnych od stopnia rozwoju wzroku, słuchu, smaku, powonienia. W skutek tego u dzieci jedynie tylko czucie skórne może według zdania Czernego służyć za podstawę tychże badań. Za miarę nasilenia snu uważa on tę najmniejszą podnietę, jakiéj trzeba użyć aby dziecko odczuło a jako środka pobudzającego używa prądu indukcyjnego, powstającego w chwili otwarcia prądu pierwotnego, zaś za jednostkę prądu, którym bada, uważa tę siłę prądu indukcyjnego, jaka powstaje przy otwarciu prądu głównego 50 MAP. Aby dzieci można badać w każdem położeniu a przytem ruchy ich we śnie nie były upośledzone, to można osiągnąć tylko przez stałe połączenie ich z prądem za pomocą elektrod przymocowanych taśmami do przedramienia, od których druty koło poduszek prowadzą do bateryi. Głębokość snu fizyjologicznego badał Czerny u 14 dzieci, ztych 6 przypadków dotyczyło dzieci między 2 a 6 rokiem życia, a 8 osesków od 1-go dnia do 9 miesięcy.

Sen u starszych dzieci w warunkach fizyjologicznych trwa 8 do 11½ godzin, a nasilenie jego, jak Czerny graficznie przedstawił, jest w stosunku prostym do czasu trwania i w pierwszéj godzinie po zaśnięciu jest największe, w drugiej bardzo szybko opada, aby na tym stopniu długi czas pozostać, aż znów przy końcu snu, t. j. w rannych godzinach, podnosi się, lecz nie dochodzi do takiéj wysokości, jak pierwotnie, poczem szybko opada. W śnie fizyjologicznym osesków odróżnia dwa peryjody trwające 3 do 5 godzin, co razem czyni 6 do 10 godzin, a więc prawie tak długo, jak sen u starszych dzieci, które przedziela przerwa snu wywołana potrzebą pożywienia się. Nasilenie snu u osesków niczem nie różni się od tegoż u starszych, gdyż z początkiem okresu pierwszego jest największe, poczem opada nieco wolniéj, niż u dzieci, następnie w początku okresu drugiego trwającego znacznie krócéj podnosi się lecz nie dochodzi do takiéj wysokości jak w pierwszym, poczem znów opada wolno. Krzywe, otrzymane z tych obu okresów połączone ze sobą są prawie analogiczne z krzywą głębokości snu u starszych.

Wpływ snu popołudniowego na sen fizyjologiczny nocny badał u dwu osesków i wykazał, że linia głębokości snu okazująca fizyjologicznie wyż wspomniane dwa podniesienia, ulega téj zmianie, iż pierwsze podniesienie mniejsze i wolniejsze, zaś drugie (ramie) większe i szybsze. Aby wykazać przyczyny tak charakterystycznego zachowania się nasilenia snu, badał na dwu oseskach czynności fizyjologiczne wśród snu i wykazał ze parowanie przez skórę stoi w stosunku prostym do wahań głębokości snu, a oddawanie ciepła (z uwzględnieniem rodzaju przykrycia) w stosunku odwrotnym do tychże i ten wzajemny stosunek owych czynności fizyjologicznych tłómaczy spadek głębokości snu, przez co staje się niemożebnem, by sen przeszedł w śpiączkę.

Ciepłota wśród snu zachowuje się, jak nasilenie t. j. występuje z początku i przy końcu snu podwyższenie o 0,3 do 0,4°C, lecz to drugie podniesienie wcześniéj prawie o godzinę następuje, niż powiększenie nasilenia.

Wpływ snu na oddech i tętno u dzieci badał za pomocą polygrafu Knolla i wykazał, że w chwili usypiania oddech staje się wolniejszym, bardziéj powierzchownym, wy dech dłuższy, aż w końcu powstaje pauza oddechu szcze

gólnie wyraźna u osesków, mogąca trwać 5 do 10 sekund bez wpływu na następne oddechy. Jeżeli oddawanie ciepła jest utrudnione, to oddech nie bywa ani znacznie zwolniony, ani przerywany. Objawu Cheynego Stokesa w śnie fizyjologicznym nie obserwował nigdy.

W chwili najmniejszego nasilenia snu, tętno bywa znacznie zwolnione, w chwili najwyższego zaś przyspieszone i bardzo wyraźne na tętnic występują fale oddechowe. *(Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung N. F.* XXXIII B. I. Lipsk 25 Października 1891).

Dr. Komorowski.

Patologija.

T e d e s c h i (Siena): **Fragmentacyja mięśnia sercowego.**

T. przechodzi całą dotychczasową literaturę w sprawie tak zwanéj fragmentacyi serca czyli rozklejania się pojedynczych beleczek mięsnych serca. Pierwszym, który na zmianę tę swą uwagę zwrócił, był Renant wspólnie z Landouzym. Z dość licznych ale pobieżnych prac różnych autorów tą zmianą patologiczną się zajmujących, na pierwszem miejscu uwzględnia autor szczegółową pracę Browicza, podając wnioski tegoż. Browicz twierdzi, że zjawianie się pasemek rożdzielających pojedyncze beleczki mięsne serca nie jest zależnem zupełnie od zmian pośmiertnych, lecz stanowi początkowy okres rozklejania się tychże beleczek. W dalszym ciągu przychodzi wprost do zaniku istoty spajającéj pojedyncze beleczki tak, że te odtąd ze sobą nie są w ścisłem połączeniu, wreszcie nawet ulegają bezładnemu rozrzuceniu; zmiany takie w mięśniu sercowym zależnie od swéj rozległości mogą stać się powodem nagłego porażenia lub pęknięcia serca.

Fragmentacyja nie należy do rzadkich zjawisk przy sekcyi i może jużto w zdrowym zresztą mięśniu sercowym powstać, jużto łączyć się z innemi zmianami tegoż mięśnia, jak n. p. z zwyrodnieniem ćmawem lub tłuszczowem. Czy zmiany w naczyniach, stanowiące przyczynę zwyrodnienia włóknistego mięśnia sercowego, uważać należy również za przyczynę fragmentacyi, Browicz na razie nie może stanowczo rozstrzygnąć. Przy fragmentacyi znaczniejszego stopnia można zdaniem T. podobnie jak Browicza i Renanta ją już makroskopowo rozpoznać po niezwykłem zwiotczeniu mięśnia serca.

Autora zajmowała głównie sprawa, czy fragmentacyję należy uważać za zmianę pośmiertną, czy też za życia jeszcze występującą. Browicz uważa ją za zmianę jeszcze za życia powstającą. T. rozpoczął doświadczenia na zwierzętach, uszkadzając im mięsień sercowy igłami rozpalonemi, przecinając n. błędny, wreszcie wywołując w ustroju zwierząt zakażenia podobne, po których na zwłokach fragmentacyję spotykał. Doświadczenia te o wyniku dodatnim przekonywają go, iż proces ten chorobowy powstaje za życia i to nie tylko u ludzi, lecz nawet u zwierząt, zwłaszcza u psów. T. sprzeciwia się zdaniu Renanta, jakoby fragmentacyja była procesem starczego zaniku istoty kitowéj między beleczkami, spotykał bowiem te zmiany nawet w sercach jednorocznych dzieci. Przyczyną zmiany téj najczęściéj zdaniem T. (również i Browicza) są choroby zakaźne, choroby mózgowe, sercowe a wreszcie shok. W końcu uznaje T. nazwę zmiany téj, *segmentatio* lub *fragmentatio* za odpowiedniejszą niż nazwę podaną przez Renanta *myocardite segmentaire*. (*Arch. f. pathol. Anat und Physiol. Virchova* T. 128. Z. II. 1892).

Dr. Wachholz.

Choroby wewnętrzne.

A g é r o n: **O szkodliwych skutkach leczenia mlekiem.**

Wielu ludzi czuje pewną odrazę do spożywania mleka, a czyniąc to, nabawiają się niestrawności, która szczególnie wtedy się wzmaga, jeżeli istnieją przewlekłe cierpienia przewodu pokarmowego, które przez wyłączne pożywienie mleczne staramy się pokonać. Te późniéj występujące zboczenia polegają na nieprzyjemnym kleisto-papkowatym smaku, zmniejszeniu apetytu, odbijaniu kwasem, wymiotach, częstokroć odbijaniu powietrzem, daléj pojawia się uczucie gniecenia w żołądku, napchania i bolesne tegoż napięcie; w jelitach powstają i kruczenia, kolki, napięcie; z początku bywa zaparcie, późniéj nastają wypróżnienia wodniste z przymieszką pokarmów niestrawionych; brzuch jest wzdęty; wypuk granic żołądka wykazuje rozstrzeń.

Lecz również i ogólne zaburzenia, skutkiem wyłącznego spożywania mleka, nie pozostają w oddali, a mianowicie: ciężar ciała maleje, wejrzenie jest niedokrewne, zawrot głowy, kołatanie serca, ucisk na mózg, znużenie itd. Główną przyczynę powyższych zboczeń w odżywianiu upatruje autor w jednostronnem przewlekłem pożywieniu, którego przewód pokarmowy znieść nie może. Ostrzega tedy A. przed rozpoznawczemi bezdrożami, na jakie wspomniane objawy zaprowadzić mogą, wzbudzając podejrzenie, iż za początkowo błahem cierpieniem ukrywa się złośliwa choroba. Przed rozpoczęciem tedy każdego leczenia mlekiem należy przedewszystkiem przewód pokarmowy zbadać i podczas téj czynności ciągłem ważeniem ciężar ciała sprawdzać. (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 50, 1891). *Dr. Skobel.*

Choroby dzieci.

B. U l l m a n n: **Spostrzeżenia nad kokluszem.**

W obec dość często pojawiających się, nieraz gorąco z różnych stron polecanych i zachwalanych, a przeciez zawodzących specyfików przeciw krztuścowi, nie powinien ujść naszéj uwadze trzeźwy, na stosunkowo dość licznym materyjale oparty sąd o pewnym środku.

Takim w ostatnich czasach polecanym środkiem swoistym przeciw krztuścowi jest bromoform; twierdzono o nim (Stepp i Löwenthal), że nietylko zmniejsza nasilenie i ilość poszczególnych napadów kaszlu, że nietylko skróca czas trwania całéj choroby, ale że zapobiega także wytwarzaniu się powikłań, a nawet że wytworzone szybko leczy. Również swoisto przeciw krztuścowi działać miał niedawno zalecany H_2SO_3 (przy paleniu siarki wywiązujący się) w formie wziewań.

Te dwa środki starał się autor wypróbować i doświadczyć, chociaż jak to sam przyznaje, przeprowadzając swe badanie na chorych przychodnich nie zdołał uniknąć pewnych z natury rzeczy wynikających niedokładności.

Ogółem leczył on około 200 przypadków krztuśca, ścisłą obserwacyę przeprowadził w 66 przypadkach (te tylko bierze w rachubę), a mianowicie leczył 50 przypadków za pomocą bromoformu, podając go w dawkach, jak to Stepp i Löwenthal polecili, 14 za pomocą wdychiwania $H_2 SO_3$, równocześnie w kilku innych przypadkach podawał dla porównania środki odurzające, lub wykrztuśne, lub zupełnie obojętne. Niestety zdaniem autora oba te środki ani w części nieodpowiadały oczekiwaniom: działanie bromoformu było bardzo małe, w kilku (8) przypadkach zauważyć można było zmniejszanie się ilości napadów kaszlu, jednak kosztem zwiększonego nasilenia tychże, lub odwrotnie, w kilku przypadkach (7) zwiększyły się oba te objawy krztuśca, w 3 przypadkach wywiązały się powikłania wśród podawania tego środka, a wreszcie 2 przypadki wytworzonego już zapalenia płuc leczone bromoformem zakończyły się niepomyślnie. $H_2 SO_3$ przynosił zdaniem autora nieraz raczéj szkodę niż poprawę.

Na podstawie swego doświadczenia przychodzi autor do wniosku, ze żaden z powyższych środków nie może uchodzić za lek swoisty, przeciwkrztuścowy, że bromoform jako środek odurzający, podawany w tem cierpieniu, w niczem nie przewyższa dotychczas używanych środków. (*Archiv für Kinderheilkunde* 1892 I. i II. *Dr. Raczyński.*

Choroby nerwowe.

J a k s c h: **O wpływie przecięcia nerwu współczulnego na przebieg padaczki.**

Metoda Aleksandra, zasadzająca się na podwiązywaniu *art. vertebrales* celem usunięcia padaczki, niewielu znalazła naśladowców. W Anglii próbował jéj Sydney-Jones a na kontynencie pierwszy wykonał ją we Lwowie Barącz, nie bez dodatniego wyniku. Słusznie Barącz sądzi, że dodatnie wyniki przypisać raczéj należy przecięciu gałązek nerwu współczulnego, które przy podwiązywaniu tętnicy kręgowéj jest nieuniknione; albowiem trudno wytłomaczyć, dlaczegoby

prawie podwiązanie tych tętnic miało padaczkę powstrzymywać lub łagodzić. Z tego powodu proponuje autor przecięcie gałązki nerwu współczulnego szyjnego, w celu leczenia padaczki. Dla zapobieżenia zrośnięciu się nerwu, wycina J. kawałek z nerwu współczulnego szyjnego ponad dolnym zwojem szyjnym i podwiązuje *en masse* tętnicę i żyłę kręgową przed wejściem do kanału kręgowego a to celem przerwania komunikacyi rozgałęzionych włókien nerwu współczulnego szyjnego.

Przecięcie nerwu współczulnego szyjnego nie wywiera żadnego wpływu. jak to Fantino z Turynu udowodnił, na mięsień sercowy i jego czynność, operacyja zatem nie przedstawia żadnych niebezpieczeństw. Objawy, jakie po takiéj operacyi występują, są następujące: 1) zwężenie żrenicy i zapadnięcie się gałki ocznéj po stronie operowanéj; 2) rozszerzenie się naczyń krwionośnych twarzy powierzchownych po stronie operowanéj, trwające dni kilka. Autor podaje opisy 2 operowanych przypadków, w których po rocznéj obserwacyi do powtórzenia napadów padaczkowych nie przyszło. (*Wr. med. Wschrft.* Nr. 16, 17, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Choroby gardła.

Heryng: **O łagodnych owrzodzeniach gardziela.**

Autor podaje w swéj pracy opis choroby gardła, z którą dotychczas nie spotykał się w literaturze lekarskiéj. Cierpienie to usadawia się najczęściéj po jednéj stronie na łukach podniebieniowych i przedstawia owalne owrzodzenia pokryte białym nalotem. Ustrój oddziaływa podwyższeniem ciepłoty ciała i miernem osłabieniem; miejscowo żalą się chorzy na uczucie palenia i utrudnione połykanie.

Przez porównanie objawów, umiejscowienia i cech wspomnianéj choroby z innemi tego rodzaju sprawami, nabiera autor przekonania, że stanowi ona chorobę zupełnie odrębną, nie dającą się pod żadną dotychczas opisaną postać podciągnąć i nadaje jéj nazwę *„angina ulcerosa benigna“*. Badanie bakteryjologiczne wypociny z owrzodzeń wykazuje jako podstawę choroby koki, nazwane przez Dra Bujwida, który badania te wspólnie z autorem wykonywa, *streptococcus monomorphus*, a doświadczenia wykonane na zwierzętach, następnie na ludziach, usprawiedliwiają w znacznéj części to zapatrywanie. U królików powstawało w miejscu zastrzyknięcia hodowli wspomnianego paciorkowca stwardnienie, z którego treść badana bakteryjologicznie zawierała koki o téj saméj postaci. Koki przeszczepione na łuki podniebieniowe lub migdałki u ludzi wywoływały zmiany podobne do pierwotnéj sprawy.

Badania bakteryjologiczne prowadzone w dalszym ciągu przez prof. Ribberta z Bonn przemawiają za tem, że paciorkowiec ten jest tylko osłabioną odmianą zwykłych streptokoków, wywołuje bowiem u zwierząt ropienie, w mniejszym jednak stopniu, a tylko pod wpływem zewnętrznych, bliżéj nie znanych czynników, zjadliwość jego ulega osłabieniu. (*Gazeta Lek.* 1892, Nr. 7). *Dr. L. Korczyński.*

Choroby uszne.

Stacke (Erfurt): **O odsłonięciu przestrzeni ucha środkowego po oddzieleniu małżowiny.**

Operacyja, którą S. obszerniéj opisał na międzynarodowym Zjeździe w Berlinie r. 1890, jest wskazaną w tych zresztą nieuleczalnych ropieniach ucha środk., które się usadawiają przeważnie na górnéj części jamy bęb., szczególnie wobec próchnicy i żółciolojaka. Zazwyczaj jama sutkowa równocześnie jest zajęta, o czem można się podczas operacyi przekonać. Sposób ten ma zatem także wartość rozpoznawczą. Przez oddzielenie małżowiny, poprzeczne przecięcie i odciągnięcie przewodu usznego odsłania się pole operacyjne tak, że można błonę i jamę bęb. przeglądać przy bezpośredniem świetle dziennem. Po ukończeniu wstępnéj téj operacyi oddala się kostki uszne i błonę bęb. lub reszty takowéj, odłutowywa się ścianę zewnętrzną i dolną osklepka i sonduje jamę sutkową. Jeżli takowa jest zajęta, przeobraża się ją przez otwarcie jéj od zewnątrz i resekcyję tylnéj ściany przewodu w płytką jamę, którą się pokrywa, po dokładnem oczyszczeniu od części schorzałych, płatem z skórnookostnowéj powłoki przewodu kostnego. Transplantacyja ta ma na celu: 1) wprowadzenie zdrowego przyskórka do jamy bęb., 2) wytworzenie szerokiéj, trwałéj komunikacyi między przewodem a jamą sutk. Leczenie pooperacyjne jest uproszczone, wymaga jednak wielkiéj przezorności i oględności. Czas leczenia wynosi przeciętnie 4 miesiące. Z 33 operowanych wyzdrowiało 19 i tylko jeden chory umarł niezależnie od operacyi z powodu cukrzycy. Słuch niekiedy się polepszał, nigdy się nie pogorszył. *(Deut. med. Ztg.* Nr. 84, 1891). *Dr. Spira.*

Choroby skórne i kiłowe.

Ż. Krówczyński: **Myxoedema.**

Do znanych dotychczas opisów wspomnianéj choroby dodaje autor dwa nowe, spostrzegane przez siebie w przeciągu niespełna roku.

W przypadku pierwszym choroba, trwająca od trzech lat, rozpoczęła się dość nagle i zajęła w przeciągu kilku dni najpierw obie kończyny dolne; obrzęk powiększał się tak szybko, że już po 2 tygodniach chora chodzić nie mogła. Stan taki trwał miesiąc, poczem chora, prócz znacznego wychudnięcia, miała być zresztą zdrową, cierpiała tylko silne bóle głowy i całego ciała. Raz jeszcze powstał nagle obrzęk twarzy, który jednak szybko ustąpił. Po upływie dwóch lat względnego zdrowia zaczęła znowu obrzmiewać twarz, kończyny górne i tułów, a w chwili wstąpienia do szpitala zauważono obrzęk obu policzków, skóry karku i tułowia, głównie do pasa, na brzuchu i szyi zgrubienie skóry znacznie mniejsze. Gruczoł tarczykowy zanikły, przeważnie w zakresie płatu prawego, wyraz twarzy idyjotyczny, władze umysłowe upośledzone. Błona bębenkowa w obu uszach obrzękła i zgrubiała, słuch, zwłaszcza na lewem uchu bardzo upośledzony. Podczas pobytu w szpitalu stan choréj poprawił się o tyle tylko, że była mniéj apatyczna, zajmowała się nawet podrzędnemi robotami. Dwa razy w odstępach 4—5 tygodni stwierdzono znaczne zwiększenie się bólu głowy i krzyżów. Wystąpiła ze szpitala w stanie niezmienionym. Gdy po miesiącu wróciła, zauważono obrzmienie dziąseł, a chora żaliła się często na silny ból tychże. Podczas ponownego pobytu w szpitalu dostała ospy, po przebyciu któréj stan jéj znacznie się poprawił, zgrubienie skóry zmniejszyło, a władze umysłowe mniéj były przytępione.

Przypadek drugi podobny był do pierwszego pod względem sposobu powstania i kolejności zmian, jednakże nasilenie sprawy było mniejsze. I w tym przypadku okres miesiączkowania zapowiadał silny ból głowy i krzyżów oraz żywe zaczerwienienie całéj twarzy, które po wystąpieniu miesiączki ustępowało miejsca charakterystycznéj bladości skóry.

Na zakończenie podnosi autor korzystny wpływ ospy w pierwszym przypadku i zwraca uwagę na doświadczalną pracę Murraya, który w celach terapeutycznych wstrzykiwał z dobrym skutkiem sok z gruczołu tarczykowego, oraz na skuteczność transplantacyi gruczołu tarczykowego, zaleconéj przez Horsleya. (*Medycyna*, Nr. 9, 1892).

Dr. L. Korczyński.

Medycyna sądowa.

Prof. Hofmann (Wiedeń): **Dziatwa szkolna z nieprawidłową budową czaszki; względy pedagogiczne.**

Dzieci z nieprawidłową budową czaszki, bądź skutkiem wodogłowia, krzywicy, bądźto skutkiem przedwczesnego zrostu szwów kostnych, wymagają szczególniejszych względów ze strony pedagogów. Czaszka nieprawidłowéj budowy wpływa na nieprawidłowy rozwój mózgu, który wówczas okazuje mniejszą odporność i mniejszą zdolność do czynności. U dzieci tych spostrzegać można wygórowaną wrażliwość, skłonność do psychicznych zamroczeń, zwłaszcza w okresie rozwoju, również i nadmierną skłonność do afektów, zwłaszcza do przestrachu. Skłonność do drgawek i nerwic, wielka wrażliwość na stan gorączkowy i urazy — oto szereg skutków zboczeń w budowie czaszki. Pod wpływem już mniéj znacznych wzniesień ciepłoty ciała, wreszcie pod wpły-

wem kar cielesnych zapadają dzieci takie nierzadko na zdrowiu wśród poważnych objawów ze strony opon mózgowych, a przypadki śmiercią zakończone znane są w literaturze. Wobec tych następstw, jakie zboczenia w budowie czaszki za sobą pociągają, istnieje dość poważny powód, aby tak nauczyciele jak i lekarze szkolni szczególniejszą opieką dzieci takie otaczali. (*Zeitschrift f. Medicinalbeamte*, 1891, p 553).

Prof. Seydel (Królewiec): **Krzepnięcie krwi w jamach ciała po śmiertelnych zranieniach.**

Często zdarza się lekarzowi sądowemu lub anatomowi spotkać z znaczniejszem wynaczynieniem krwi do któréjkolwiek z jam, czy to jamy klatki piersiowéj, czy brzusznéj, czy czaszkowéj. Krew wynaczyniona zachowuje się tu dwojako, albo pozostaje płynną, względnie po większéj części płynną, lub krzepnie. Aby zbadać, jakich warunków trzeba, aby krew wynaczyniona do jamy ciała skrzepła, wykonał S. szereg doświadczeń zabijając psy postrzałami. Na téj zasadzie doszedł do następujących wyników; krew wynaczyniona z powodu przedarcia naczynia krzepnie, jeżeli ona pod wysokiem parciem wnika w zmiażdżone uszkodzeniem tkanki: Podobnież krzepnie krew wynaczyniona, jeżli wejdzie w styczność z ciałami obcemi, jak nabojem lub gazami z spalonego prochu. Jeżli ustrój po doznanem uszkodzeniu natychmiast zamiera, krew częściéj zostaje płynną przy równych zresztą warunkach, niż gdy ustrój ten dopiero po upływie pewnego czasu ginie. Dlaczego jednak nagła śmierć sprzyja utrzymaniu się krwi w stanie płynnym, pozostaje nadal tajemnicą. (*Deut. med. Wschr.* Nr. 7. 1892.) *Dr. Wachholz.*

Spitzer: **Glistnica robaczkowa pod względem sądowym.**

Dwunastoletnią dziewczynę przyprowadzili rodzice d. 24 czerwca do lekarza prosząc, ażeby zbadał jéj dziewictwo, ponieważ mają podejrzenie, że została zgwałconą. Oskarżenie uzasadniali tem spostrzeżeniem, że dziecko we śnie ciągle około części płciowych skubie, i że cierpi od kilku tygodni prawdopodobnie na wzmagający się wyciek z pochwy, ponieważ na bieliźnie są tego coraz wyraźniejsze oznaki. Badanie części płciowych wykazało przewlekły wyprysk wilgotny na wargach i międzykroczu, tudzież liczne krwawe ślady skutkiem drapania na pośladkach. Błona dziewicza była w kilku miejscach powierzchownie naddarta, i po wprowadzeniu z łatwością grubego, szklanego, cewnika kobiecego, wyciekła z pochwy przez tenże wydzielina śluzowo-ropiasta. W celu dokładniejszego oczyszczenia i równoczesnego pobudzenia błony śluzowéj pochwy do ściągania się, przestrzykał S. pochwę słabym rozczynem nadmanganezianu potasowego, skutkiem czego wypłynął kłębek nitkowatych robaków. Po znalezieniu takiego *corpus delicti* sprawa się wyjaśniła, i tak dotychczasowe wypieranie się dziecka, jakoteż obwinianie parobka przekonało o niesłusznem podejrzeniu rodziców. (*Wien. med. Wochenschr.* Nr. 1. 1892) *Dr. Skobel.*

Notatki lecznicze.

Dr. Thomas poleca w celu uchronienia kobiet karmiących od powstawania rozpadlin brodawek piersiowych następującą maść:

Tinct. Benzoes comp. gutt. XV
Ol. olivar. 3 00
Lanolini 24 00

Maść tę stosować należy po każdorazowem karmieniu przez pierwszych 14 dni. (*Deut. med. Wochenschrift* 1892, str. 439).

Przeciw temu samemu cierpieniu zaleca Dr. Oehren (*Deut. med. Wschrft.* 1892, str. 463) maść składającą się z:

Ichthyoli 4·00
Lanolini
Glycerini āā 5·00
Ol. olivar. 1·00

Po jednorazowem zastosowaniu téj maści bóle przy karmieniu mają się zmniejszać, a w krótkim czasie zupełnie ustają. *Dr. Beck.*

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 29-go czerwca. Otrzymaliśmy następującą odezwę:

IV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

Wszystkich lekarzy niechcących brać udziału w Zjeździe jako członkowie a interesujących się chirurgiją zapraszamy uprzejmie jako gości na posiedzenia przyszłego Zjazdu.

Posiedzenia Zjazdu będą się odbywały podobnie jak w latach poprzednich od 10—1 godz. przed poł. w klinice chirurgicznej i od 2—4 godz. po poł. w auli uniwersyteckiéj; posiedzenia przedpołudniowe przeznaczone są na wykłady z demonstracyjami, popołudniowe przeznaczone na wykłady teoretyczne.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—10 godziny zwiedzanie kliniki chirurgicznéj, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, trzeciego dnia szpitala św. Ludwika.

Dalsze wykłady zgłosili:

6) Dr. Bogdanik: O martwinie fosforowéj.
7) Dr. Łucki: Ciekawy przypadek wgłobienia jelit.
8) Prof. Rydygier: O leczeniu zapalenia opłucnéj (*empyema*) wysiękowego.
9) Dr. Gabryszewski: O znieczulaniu kokainą (z demonstracyjami).
10) Doc. Dr. Trzebicky: W sprawie podwiązania żyły udowéj.
11) Dr. Śmiechowski: Leczenie gruźlicy stawów i kości kwasem cynamonowym sposobem Landerera.
12) Dr. Gabryszewski: Osteoplastyczna operacyja po wypiłowaniu szczęki dolnéj.
13) Dr. Krasowski: Przedstawienie choréj po operacyi Schoenborna.
14) Dr. Kryński: O leczeniu zwichnięcia wrodzonego w stanie biodrowym (z przedstawieniem chorej).
15) Dr. Klecki: O nowszych środkach antiseptycznych.
16) Dr. Rościszewski: O przeszczepieniu moczowodów.
17) Dr. Kozłowski: O leczeniu przykurczeń kolana sposobem Helfericha (z przedstawieniem chorych).
18) Dr. Obfidowicz: O wolu kostniejącym.

* Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego:

1) Jakość i ilość bakteryj chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanéj.
2) Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowanie przez filtry piaskowe na zawartość bakteryj i skład chemiczny wody rzecznéj.
3) Zbadać chemicznie produkty trujące (ptomainy) jednego z grzybków chorobotwórczych (temat dawniejszy).
4) Zbadać anatomicznie i fizyjologicznie unerwienie krtani.
5) Wyjaśnić proces kiszenia barszczu, kapusty etc. na drodze ścisłego badania.
6) Sprawdzić czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalone z ustroju w chorobach zakaźnych.
7) Zbadać histologiczną budowę jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałd i kanałów drugorzędnych.
8) Wpływ resekcyi różnéj długości odcinków kiszek w różnych miejscach na wchłanianie białka, tłuszczów i wodanów węgla.
9) Porównanie wpływu dyjety białkowej różnego pochodzenia (mięso, mleko, jaja, rośliny strączkowe etc.) na wydzielanie białka w moczu w przebiegu chronicznego zapalenia nerek.
10) O wchłanianiu tłuszczu i materyj białkowych w przewodzie pokarmowym niemowląt z mleka sterylizowanego w porównaniu z mlekiem kobiecem.
11) Fermentacyja w żołądku normalnym i patologicznym (badanie chemiczne i bakteryjologiczne).
12) Wykazać granicę kąta maksymalnego, a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka: a) przy unieruchomionéj miednicy; b) przy unieruchomionych stopach. Wykazać jaki udział przy takiem skręceniu przyjmuje każda z części kręgosłupa i oznaczyć dla każdéj hamulce skręcenia.

13) Zbadać proces trawienia młodéj cellulozy roślinnéj, produkta przy tem tworzące się i wyprowadzić ztąd wnioski co do wartości pożywnéj cellulozy roślinnéj (jarzyny, szpinak etc.).

14) Przeszczepialność raka i naukowe objaśnienie tego zjawiska.

15) Czy zniszczenia w płucach u suchotników zależą od działania wyłącznie tylko lasecznika Kocha?

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31 marca 1893 roku.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z powyższych tematów wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1892/93 jest sześć. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa lekarskiego najmniéj w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem „Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego" (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania należy podać w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Tow.: sekretarz stały *Dr. Brodowski*. (*Medycyna* Nr. 26).

* W Kasselu skazany został przez sąd tameczny kierownik zakładu dla chorób nerwowych w Wilhelmshöhe Dra Widerhold na 3 miesiące więzienia za to, że histeryczkę, powierzoną swéj opiece, traktował nietylko słowami obelżywemi ale i policzkowaniem, kijem i szpicrutem, gdy z powodu boleści silnych krzyczała, a była to 51 lat licząca żona jednego z jeneralnych konsulów w Dreźnie mieszkających.

* W tygodniu 23-cim (od 5—11 czerwca) było w Krakowie małżeństw 7, urodzeń 52, skonów 52, z tych z zapalenia płuc 10, z grużlicy 7, z nieżytu żołądka i jelit 3.

W tygodniu 24-tym (od 12—18 czerwca) było w Krakowie małżeństw 15, urodzeń 48, skonów 53, z tych z nieżytu żołądka i jelit 8, z dławca i błonicy 8, z grużlicy 6, z zapalenia płuc 6.

* W Krynicy do d. 20 czerwca było gości 643, — w Szczawnicy 457, — w Truskawcu 149, — w Pyszczanach do 24 czerwca gości 1414.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. Rektorem uniwersytetu wiedeńskiego na rok przyszły wybrany został prof. chemii lek. Dr. Ernest Ludwig, dziekanem zaś Wydziału lek. prof. Dr. E. Hofman. — Na miejsce zmarłego prof. Lumniczera Wydział lek. w Budapeszcie proponował na posadę profesora chirurgii *primo loco* proff. Dollingera i Réczeya, *secundo* prof. Navratila, *tertio* docenta Schmidta. — Docent pryw. Dr. Kolaczek we Wrocławiu zamianowany został nadzw. profesorem chirurgii tamże.

* **Odznaczenia**. Były dyrektor szpitala na Wiedeniu Dr. Fryderyk Lorinser i b. fizyk m. Wiednia Dr. Franciszek Innhauser otrzymali od N. Pana pozwolenie używania i nadal tytułu c. k. radzców sanitarnych, pomimo że przestają być członkami Rady sanitarnéj, — a dyrektor zakładu dla obłąkanych w Budapeszcie Dr. Niedermann otrzymał order korony żelaznéj 3-éj klasy.

* **Zmarli**. W Lugdunie (Lyon) umarł przed kilkoma dniami Dr. Jan Karol Teodor Pravaz urodzony tamże w r. 1831, po śmierci ojca swego dyrektor zakładu ortopedycznego i głównie tak jak ojciec ortopedyi poświęcający się. Strzykawka, która obecnie znajduje się w ręku każdego lekarzu, pochodzi od ojca jego Karola Gabryjela, który umarł w roku 1853. — W Bernie szwajcarskiem umarł zasłużony pedyjatra Dr. Rudolf Demme, urodzony tamże w r. 1836, syn profesora chirurgii zmarłego w r. 1867 i młodszy brat docenta Hermana, który w r. 1864 otruł się razem ze swoją narzeczoną, po uwolnieniu przez Sąd przysięgłych od oskarżenia o zatrucie teścia swego bankiera Trümpyego. — W Kazaniu umarł prof. neuropatologii Dr. Skołozubow w 53 roku życia.

* Z powodu ogłoszenia p. Zahradnika w Nrze 26 na str. 328 umieszczonego otrzymaliśmy list od szan. kolegi Dra Ściborowskiego, lekarza zakładowego w Szczawnicy, z prośbą o sprostowanie owego ogłoszenia, ponieważ sam osobiście przekonał się, że apteka w Szczawnicy utrzymuje na składzie kapsułki „Hygea" z gwajakolem i kreozotem wyrobu p. Zahradnika i że tak piszący jak inni koledzy w Szczawnicy praktykujący kapsułki te chorym zapisują.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 9 Lipca 1892. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Przypadek t. zw. „angina ulcerosa benigna“ (Heryng).

Spostrzegał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent w oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

W roku bieżącym w Nr. 7 i 8 Gazety Lekarskiéj Heryng ogłosił pracę pod tytułem: „O łagodnych owrzodzeniach gardziela“. W pracy téj opisuje cierpienie, należące zdaniem jego do wielkich rzadkości, dotąd nigdzie nie opisane, dla którego proponuje tymczasowo nazwę „angina ulcerosa benigna“. Oto jak autor kreśli obraz chorobowy w przebiegu tego cierpienia: „łagodne owrzodzenie gardziela zwykle występuje po jednéj stronie i pojedynczo, rzadziéj z obu stron, zawsze w postaci owalnego, płytkiego wyżarcia, stale umiejscowionego na przednich łukach, w okolicy migdałków. Brzegi jego ostre, po większéj części bez obwódki zapalnéj, dno nieco zagłębione, z początku pokryte szarawo białym nalotem, który z trudnością zetrzeć można. Długość owrzodzenia w wymiarze podłużnym wynosi około 1 ctm., szerokość 6—8 mm. Owrzodzenie nie krwawi przy dotknięciu i jest w ogóle mało bolesnem. Błona śluzowa, na któréj występuje, jest nieco obrzękłą, zaczerwienioną“. Nieco daléj zaś: „po dwóch, lub trzech dniach występują na dnie owrzodzenia czerwone punkciki, warstwa brodawkowa się oczyszcza, z brzegów nabłonek nasuwa się w kierunku do środka. Nalot znika wreszcie, a po upływie 10—12 dni wszystko powraca do prawidłowego stanu, bez wytwarzania się tkanki bliznowatéj“.

Z umysłu przytoczyłem ten ustęp w całości, ażeby wykazać, że przypadek, który wkrótce po ogłoszeniu pracy Herynga miałem sposobność spostrzegać, jakkolwiek pod pewnemi względami różni się nieco od powyższego opisu, niemniéj jednak zarówno wejrzeniem owrzodzeń, jakoteż przebiegiem cierpienia w łudzący sposób przypomina to cierpienie tak, że ani chwili nie wahałem się rozpoznać: angina ulcerosa benigna, tem więcéj, że i badanie bakteryjologiczne, jakie w tym przypadku przeprowadziłem, potwierdziło w zupełności powyższe rozpoznanie.

D. lat 24 wyrobnik, przybył do méj prywatnéj polikliniki dnia 20 lutego 1892 r., skarżąc się na ogólne niedomaganie, trwające od dni kilku, oraz ból przy łykaniu w ciągu ostatnich kilku dni. Chory zaznacza, że zauważył w tym czasie dwie ranki w gardle, najpierw po stronie prawéj, potem po lewéj, które go zaniepokoiły i zmusiły pomimo niezbyt dokuczliwego bólu do szukania porady lekarskiéj. Przedtem zdrów zupełnie, nadużyć *in Baccho et in Venere* nie było (od miesiąca żonaty; żona, którą również szczegółowo badałem, najzupełniéj zdrowa). Przymiotu nie przechodził, natomiast przyznaje się, że oddawna jest namiętnym palaczem i zwłaszcza w ostatnich czasach niezwykle dużo używał tytoniu (przeszło 50 papierosów dziennie). Sądzi on, że to właśnie przyczyniło się do wywołania owych „ranek“ w gardle. Przy bliższem rozpytywaniu się o *antecedentia* chory z całą stanowczością utrzymuje, że w roku zeszłym mniéj lub więcej w tymże czasie miał takież same ranki i w temże samem miejscu, przyczem ból gardła był bardzo nieznaczny i cała sprawa bez leczenia w kilka dni pomyślnie się zakończyła. Dodać tu jeszcze należy, że stan ogólny chorego wówczas o wiele miał być lepszym, niż obecnie.

Przy badaniu szczegółowem znalazłem co następuje: chory doskonale zbudowany i odżywiany stęka, skarży się na ogólne osłabienie, brak apetytu. Ciepłota lekko podniesiona (około 38·5), puls 82 o słabem napięciu. W wewnętrznych narządach (płucach, sercu, jakoteż w jamie brzusznéj, żadnych nieprawidłowości nie mogłem wykryć. Żadnych absolutnie śladów przymiotu. Gruczoły szyjowe, pachwinowe etc. nie powiększone. Niema „*foetor ex ore*“. W nosie od przodu: *deviatio septi cartilaginosi minoris gradus, hypertrophia concharum inferiorum et conchae mediae sin. modica.* Od tyłu (przy *rhinoscopia post.*) z wyjątkiem nieznacznego przerostu tylnych końców muszel dolnych, żadnych zmian większych nie znalazłem. W krtani lekkie zmętnienie strun prawdziwych. Natomiast w jamie ustnéj w miejscach, na które chory wskazywał, mianowicie na o b u ł u k a c h t y l n y c h symetrycznie z obu stron języczka, na odległości 1 ctm. od jego podstawy, można zauważyć dwa owrzodzenia, zupełnie do siebie podobne (z prawéj strony nieco mniejsze i mniéj

wyraźne). Owrzodzenia są owalne (w największym wymiarze, równoległym do łuków około 1 ctm., w wymiarze zaś krótszym prostopadłym do poprzedniego około 6 mm). Brzegi tych owrzodzeń są ostro odgraniczone od otaczających tkanek, mało zmienionych (lekkie zaczerwienienie i obrzmienie), same owrzodzenia bardzo powierzchowne, pokryte szarawo białym nalotem. Przy dotykaniu sondą mało bolesne, nie krwawią, nalot z trudnością można usunąć. Inne części błony śluzowéj jamy ustnéj i gardłowéj żadnych absolutnie zmian nie przedstawiają. Choremu zaleciłem wewnętrznie chininę i kwas borowy do płukania. Już w parę dni przy tem obojętnem leczeniu ból gardła zaczął się zmniejszać, wejrzenie owrzodzeń lepsze, owrzodzenia (zwłaszcza prawe) zaczynają się oczyszczać. Stan ogólny jednak względnie mało się poprawia (gorączka ustąpiła wprawdzie, osłabienie ogólne jednak trwa w dalszym ciągu). W tydzień t. j. 28/II-92, owrzodzenia znikły, zagoiły się bez pozostawienia jakichkolwiek po sobie śladów (blizn): i stan ogólny się poprawił, jakkolwiek osłabienie jeszcze w pewnym stopniu pozostało.

Tym sposobem cała sprawa trwała około 10—12 dni. Mniéj lub więcéj około 4-go dnia choroby po starannem oczyszczeniu owrzodzeń (płukanie 4% kwasem borowym) część nalotu (z obu owrzodzeń oddzielnie) zeskrobałem wyjałowioną skrobaczką, któréj to części użyłem do badań drobnowidowych, Z głębszych zaś warstw za pomocą igły platynowéj, przepalonéj w płomieniu lampki spirytusowéj, nieco wydzieliny przeniosłem na agar-agar (hodowla ryżowa). Badania dalsze przeprowadziłem w pracowni bakteryjologicznéj w szpitalu Dzieciątka Jezus, pod kierunkiem Dra Jakowskiego, zarządzającego pracownią, oraz przy pomocy kol. Dobrowolskiego. Wydzielina owrzodzeń, zwykłym sposobem na szkiełku przedmiotowem przygotowana i zabarwiona fioletem gencyanowym (zwracam tu uwagę p. Czytelników na rzeczywiście pożyteczne udogodnienie, podane przez kol. Świąteckiego w Gaz. Lek. Nr. 10 z tego roku, mianowicie barwienie przez bibułę), okazała się w obu owrzodzeniach identyczną, mianowicie znalazłem różnorodne postacie bakteryj, przeważnie jednak koki w różnych postaciach, pojedynczo lub po dwa, lub w kupkach (*zoogloea*), wreszcie w łańcuszkach krótszych i dłuższych (*streptococci*).

Część wydzieliny owrzodzeń, przeniesiona na agar, została umieszczoną w termostacie przy t. 37°. Po paru dopiero dniach na powierzchni ryżowéj agaru oprócz zanieczyszczeń hodowlą cechującą *staphylococcus pyogenes aureus* można było zauważyć dwa rodzaje hodowli, jedne w postaci drobnych białawych punkcików, drugie znacznie od poprzedzających większe. Hodowle te widział w tym czasie kol. Bujwid i uznał za te, jakie wyhodował w przypadkach Heryngа t. j. za nazwane przez siebie: *streptococcus monomorphus* i *variegatus*.

Części hodowli z owych dwóch odmian (punkcików) przeszczepiłem na świeży grunt (agar) i otrzymałem czystą hodowlę powyższych bakteryj, które rozpatrywałem pod drobnowidem (przy zastosowaniu aparatu oświetlającego Abbego i systemu immersyjnego oleistego), zarówno niebarwione w kropli zawieszonéj (a więc w stanie żywym), jakoteż barwione fioletem gencyanowym. I tu również oprócz pojedynczych i podwójnych koków, znalazłem dwie odmiany streptokoków: jedne krótkie składały się z drobniejszych koków, ułożonych po dwa, bawiły się one jednostajnie fioletem gencyanowym; drugie przedstawiały nierównie dłuższe nitki nieprawidłowo ponaginane, w jednéj z nich naliczyłem około 40 podwójnych koków, składające się z większych koków, również po dwa ułożonych. Te ostatnie jednak barwiły się niejednostajnie, mianowicie w ten sposób, że w takiéj tasiemce zdarzały się miejsca (t. j. diplokok) albo słabo, albo też wcale niezabarwione. Dla dalszych badań część hodowli rysowéj na agarze przeniosłem do bulionu, przyczem po kilku dniach trzymania w termostacie nastąpiło zmętnienie bulijonu przeważnie w dolnéj części, gdzie można było zauważyć dobrze płatki. Również próbowałem i hodowli na płytkach, lecz rezultat był ujemny. Bakteryj tych rzeczywiście, jak to mi sam autor ustnie zakomunikował, nie można wyhodować w ten sposób. W dalszym ciągu dokonane były szczepienia na śwince morskiéj, mianowicie 3-dniową hodowlę na agarze zaszczepiliśmy w trzech miejscach: 1) na błonie śluzowéj pochwy z prawéj strony; 2) na spojówce dolnéj powieki oka prawego; 3) na błonie śluzowéj wewnętrzej powierzchni górnéj wargi, również po stronie prawéj. Z wyjątkiem jednak lekkiego zaczerwienienia na miejscach zaszczepionych, które zresztą szybko przeminęło, żadnych zmian widoczniejszych nie można było zauważyć. Tym sposobem i w moim, podobnie jak i w Bujwida przypadku rezultat szczepienia był ujemny.

Oto jest szczegółowy opis danego przypadku, który ze względu na jego rzadkość (Heryng spostrzegał 10 przyp. w ciągu lat 10, Massucci prof. z Neapolu świeżo [1]) ogłosił 3 przyp.), oraz dokonane badanie bakteryjologiczne uważałem za stosowne podać do publicznéj wiadomości, obecnie zastanowimy się pokrótce nad niektóremi punktami. Z zestawienia mojego przypadku i przytoczonego na wstępie opisu cierpienia, nazwanego przez Herynga: *angina ulcerosa benigna*, łatwo przekonać się można, że najzupełniéj sobie odpowiadają. Byłby to, rzec można, typowy przypadek tego cierpienia, gdyby nie pewne różnice, tyczące się przedewszystkiem umiejscowienia sprawy chorobowéj. I tak Heryng na zasadzie swych 10 przypadków, co ze względu na niezwykłą rzadkość danego cierpienia stanowi bądź co bądź pokaźną cyfrę, utrzymuje, że owrzodzenia w mowie będące występują tylko na łukach przednich, że więc stanowi to do pewnego stopnia *signum patognomonicum* dla téj sprawy chorobowéj. Że tak jednak nie jest, dowodzi tego mój przypadek. Prof. Masucci również, sądząc przynajmniéj z następujących słów: „*l'ulceration est oblongue et affecte comme siège de prédilection la voûte du palais et les poliers* [2])“, nie zdaje się przypisywać łukom przednim tego znaczenia, jakie im Heryng nadaje. Że na łukach przednich taka sprawa częściéj, niż np. na tylnych może występować, to zdaje się nie ulegać najmniejszéj wątpliwości w obec większego narażenia pierwszych na bodźce mechaniczne lub termiczne. Być również może, że łuki przednie przedstawiają jakąś anatomiczną różnicę (większa np. obfitość gruczołów, charakter nabłonka samego, lub większe unaczynienie) w porównaniu z łukami tylnemi, jakoteż z innemi częściami błony śluzowéj jamy ustnéj. Kwestyja ta jednak da się tylko rozstrzygnąć przez odnośne anatomo-patologiczne badania, które byłyby bardzo pożądane. Żałuję bardzo, że będąc zajętym od dłuższego czasu inną pracą również z dziedziny anatomii patologicznéj, kwestyją tą zająć się nie mogłem. Również i pojedyńczego występowania owrzodzenia nie można uważać za objaw stały, już bowiem sam Heryng w jednym z 10 przypadków spostrzegał obustronne symetryczne owrzodzenia, toż samo było i w moim przypadku. Widywał on je przytem stale na wysokości migdałków. W moim przypadku przeciwnie owrzodzenia zajmowały górny odcinek łuków tylnych, w odległości 1 ctm. od nasady języczka. Spostrzegany przezemnie przypadek jeszcze pod innym względem jest ciekawym, mianowicie anamneza daje nam pewne szczegóły, które do pewnego stopnia, o ile naturalnie można polegać na słowach chorego, względnie zresztą dość inteligentnego, mogłyby mieć znaczenie dla etyologii tego cierpienia. Mam tu na myśli nadużycia tytuniowe, które chory

---

[1]) J. C. f. Lar. 1892. 10. (p. 504). — [2]) Vide pracę Herynga.

sam wyraźnie zaznacza, a nawet stawia w związku z obecnem cierpieniem. Również i ten fakt, że chory przed rokiem jakoby miał coś podobnego w gardle, tak przynajmniéj utrzymuje, dowodziłby, że u naszego chorego pewne miejsca na błonie śluzowéj jamy ustnéj, resp. łuki, stanowiące *„locum minoris resistentiae"*, szczególnie są wrażliwe na drażnienie ze strony nadmiernie używanego dymu tytuniowego; że więc ten *„Abusus"* uważać należy za *„causa praedisponens"* do przyjęcia zarażka, zdaje się specyficznego. Zarówno bowiem Bujwid, Heryng, jakoteż Massucci (1 przyp. bakteryjologicznie zbadany) i ja, doszliśmy w naszych badaniach do jednakowego rezultatu mianowicie, że zarazkiem tym jest nazwany przez Bujwida: *streptococcus monomorphus* i *variegatus* t. j. dwie odmiany zwykłego paciorkowca (*streptococcus pyogenes*), jak to przypuszcza prof. Ribbert z Bonn [1]). Jeszcze pod jednym względem różni się nieco mój przypadek od opisanych przez Herynga, mianowicie nieproporcynalnością zaburzeń ogólnych w stosunku do sprawy miejscowéj. Zaburzenia te (ogólne osłabienie etc.), w ogóle bardzo silnie wyrażone, trwały jeszcze czas pewien nawet po ustąpieniu sprawy miejscowéj, mającéj w ogóle cechy bardzo łagodnéj i ustępującéj szybko przy obojętnem nawet leczeniu (płukanie kwasem borowym). W ogóle jak to zwykle z każdą nową sprawą chorobową bywa, wiele tu jest jeszcze stron ciemnych, które tylko następne spostrzeżenia różnych autorów będę w stanie rozjaśnić. Nie wiemy bowiem dotąd faktycznie, z jaką sprawą mamy do czynienia; że nie ma tu nic wspólnego z jakimś konstytucyonalnem cierpieniem (przymiot, gruźlica), lub z błonicą, to zdaje się nie ulegać najmniejszéj wątpliwości. Zarówno mój, jak i wszystkie przypadki Herynga za tem przemawiają. Nie będę się tu wdawał w szczegółowe rozróżnienie tego cierpienia od mniéj lub więcéj doń zbliżonych, jako to, *angina ulcerosa* Mackenziego, *herpes, soor,* wreszcie *aphtae,* z któremi, mianowicie zaś w t. zw. *angina aphtosa* Fraenkla, rzeczywiście *angina ulcerosa benigna* najwięcéj ma podobieństwa, wszystko to bowiem obszernie jest uwzględnieniem w wyżéj przytoczonéj pracy Herynga. Dodam tu tylko jeszcze, że możliwą jest rzeczą, że z powodu mało wyrażonéj sprawy miejscowéj w gardzielu, jakoteż nieznacznych zazwyczaj objawów podmiotowych, cierpienie w mowie będące było nieraz zapewne przeoczonem. Być bardzo może, że obecnie, gdy dzięki pracy Herynga wiemy o istnieniu téj sprawy chorobowéj, więcéj na nią będziemy zwracali uwagi. Wtedy również może się okazać, że t. zw. *„angina ulcerosa benigna"* nie jest znowu takim białym krukiem, poniekąd zresztą dowodziło by to i ogłoszenie wkrótce po publikacyi Herynga z dwóch stron odnośnych przypadków (3 przyp. Masucciego i mój jeden). Wtedy również i strona kliniczna tego cierpienia, a także i etyjologiczna (zwłaszcza jeżeli w każdym przypadku przeprowadzonem będzie odnośne badanie bakteryologiczne), niewątpliwie wiele zyskają i cierpienie to przestanie być tak zagadkowem co do swéj natury, jakiem jest obecnie. Być również może, że i sama nazwa „łagodne owrzodzenie gardziela" okaże się nieodpowiednią i ustąpi miejsca innemu więcéj naukowemu terminowi.

[1]) *loco citato.*

II. O nowym środku w leczeniu przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego i o sposobie jego stosowania.

Doniesienie tymczasowe.

Podał

Dr. R. Spira.

Powszechnie wiadomo, jakie trudności choroba powyżéj podana nastręcza wszelkim usiłowaniom leczniczym. Przyczyna téj trudności leży w tem, że choroba niekiedy umiejscowiona jest na takich częściach jamy bębenkowéj, które dla wszelkich środków leczniczych są niedostępne, jak rozmaite zaułki, skryte i odległe miejsca ucha środkowego. To też literatura dotycząca tego cierpienia jest tak dawną i obfitą, że prawie niepodobna ją całkowicie poznać. Uciekano się też do rozmaitych zabiegów operacyjnych, jak usunięcia błony bębenkowéj, kostek usznych, przecięcia naprężacza błony bęb., otwarcia jamy sutkowéj i nawet do usunięcia tylnéj ściany przewodu usznego, wszystko w tym celu, aby pewne miejsca ucha środkowego dostępnemi uczynić. Jaenicke (*Archiv f. Ohrenheilkunde* B. 32, H. 1) podaje nowy środek, który bez rękoczynu chirurgicznego dąży do usunięcia tego cierpienia. Zastosowanie najwięcéj używanego kwasu borowego w proszku dozwolonem jest tylko pod pewnemi przez Schwartzego (*Chirurg. Krankheiten des Ohres*) podanemi warunkami, a mianowicie: 1) duży otwór w błonie bębenkowéj, który umożebnia wprowadzenie do jamy bęb. dostatecznéj ilości tego środka; 2) skąpe wydzielanie z strony błony śluzowéj jamy bębenkowéj. Gdzie przedziurawienie wąskie, tam zbyt mała tylko ilość proszku do jamy bęb. dostać się może, przytem zachodzi obawa, żeby przez zatkanie małego otworka za pomocą proszku z ropą zmięszanego nie przyszło do groźnego zatrzymania ropy i jego następstw. Jeżeli wydzielanie jest obfite, wtedy proszek razem z wydzieliną zanadto prędko odpłynie, nim miał jeszcze dość czasu do rozwinięcia właściwego działania. Atoli nawet pomimo obecności podanych warunków, jak również w stanie rozpuszczonym środek ten często zawodzi.

Podług poszukiwań w tym kierunku wykonanych Jaenickego przyczyna częstéj téj nieskuteczności kwasu borowego leży z jednéj strony w sposobie jego używania, z drugiéj w małéj rozpuszczalności i słabéj działalności przeciwgnilnéj tego leku. Albo się go bowiem używa w proszku, wdmuchując takowy w jamę bębenkową, a w takim razie środek trafia tylko na pewną część ściany błędnikowéj naprzeciw przebicia się znajdującą, a co najwięcéj także na dno jamy bębenkowéj, dokąd razem z wydzieliną spływa. Inne miejsca zaś, jak górna ściana ucha średniego, ujście bębenkowe trąbki Eustachiusza, wejście do jamy sutkowéj (*aditus ad antrum mastoid.*), a przedewszystkiem sklepienie jamy bębenkowéj wcale się z lekiem nie stykają. Rozczyn zaś kw. borowego może być tylko bardzo słaby (4%) i skutkiem tego za mało skuteczny.

Otóż Jaenickemu udało się wynaleść połączenie borowe, którego, skutkiem jego większéj rozpuszczalności, można używać w rozczynie więcéj zgęszczonym, w którym zdoła rozwinąć skuteczniejszą działalność przeciwgnilną. Połączenie to powstaje przy ogrzaniu równych części kwasu borowego, boranu sodowego i wody a przy ostudzeniu osadza się w postaci twardych grudek krystalicznych, rozpuszcza

się w wodzie w ciepłocie pokojowéj do 16%, w ciepłocie wrzenia w ilości nieograniczonéj. Jaenicke nazywa to połączenie niewłaściwie *natrium tetraboricum* i stosuje je w następujący sposób: Po dokładnem oczyszczeniu ucha za pomocą przestrzykiwania względnie przepłukania drogą trąbki Eustachiusza wpuszcza się rozczyn świeżo sporządzony do ucha, wciska się go ucisnąwszy powtórnie skrawek do tylnéj ściany przewodu przez perforacyję do ucha środkowego a daléj w trąbkę i w gardło. Po ½—2 minutach oddala się pozostałą w przewodzie usznym część płynu za pomocą waty i wypełnia przewód gazą jodoformową. Jaenicke zachwala bardzo skuteczność tego leku, za pomocą którego w wielu przypadkach przewlekłego ropienia usznego, nawet połączonego z próchnicą, dość dobre skutki osiągał. Kafeman (*Ueber die Behandlung chronischer Otorrhoë mit einer neuen Borverbindung*) zachwyca się tym środkiem i wyraża się w taki sposób: „jeżeli propozycyje jego zostaną powszechnie przez publiczność lekarską przyjęte, liczba przypadków na próchnicy i martwicy w uchu polegających zmniejszy się zadziwiająco w nader krótkim czasie, a otyjatryja będzie miała dosyć czasu i swobody, aby oddać się bliżéj innym zbyt ważnym postaciom chorobowym ucha średniego, względnie błędnika". Dr. Max, asystent w oddziale otologicznym prof. Urbantschitscha w Wiedniu poddaje w swojéj rozprawie o tym przedmiocie (*Kritische Bemerkungen über die Anwendung des Natrium tetraboricum bei chronischen Ohreneiterungen. Intern. klin. Rundschau* 1892, Nr. 2 i 3) orzeczenie Kafemanna ostréj krytyce, wskazuje niektóre sprzeczności w monografii jego i dochodzi na podstawie własnych doświadczeń w wymienionym oddziale poczynionych do wniosku, że środek Jaenickego jest wprawdzie polecenia godnym, że nie należy go jednak uważać za środek niechybnie wszystkie postacie ropienia w uchu zwalczający, bo ma tylko ograniczony okres działania i względną tylko wartość.

Przypadek dostarczył mi sposobności stosowania tego środka i poprawienia metody jego używania. Udało mi się przez modyfikacyję sposobu używania tego środka osiągnąć takie dobre skutki, że nie waham się nią z szerszem kołem Kolegów podzielić i polecać ją nadal do używania.

M. P., lat 28 lat liczący, kupiec z Będziny zachorował na ucho przed 18 tygodniami. Bez znanéj przyczyny, bez poprzedzających bólów i innych objawów zaczęło ciec z lewego ucha. Równocześnie dokuczał mu szum w uszach i znaczne przytępienie słuchu. Przy badaniu wziernikowem znalazłem po oczyszczeniu ropą napełnionego przewodu zewnętrznego zwykły obraz przewlekłego zapalenia ropnego ucha średniego. Błona bębenkowa zaćmiona, zgrubiała, bez blasku, z kilkoma prążkami wypocinowemi, stożka świetlnego ani śladu. Rękojeść młotka niewidzialna, w dołku płytkim (*umbo*) w głąb wciągnięta. W dolnym przednim odcinku błony bębenkowéj bardzo małe przedziurawienie ledwie dostrzegalne. Przy kateteryzowaniu trąbki powietrze swobodnym prądem wyszło z jamy bębenkowéj tak, że istnienie perforacyi żadnéj wątpliwości ulegać nie mogło. Za każdem kateteryzowaniem wychodziły bańki powietrzne z ropą pomieszane z jamy bęb. do przewodu zewnętrznego poprzednio dokładnie wyczyszczonego, wypróżnionego i wysuszonego. Przez blizko 3 tygodnie używałem rozmaitych środków przeciwgnilnych, które w nowéj erze antiseptycznéj dla téj choroby polecono, wychodząc z założenia, że i w téj sprawie zapalnéj drobnoustroje chorobotwórcze etyjologiczną rolę odgrywać muszą. Udało mi się wprawdzie usunąć szum i sprowadzić polepszenie słuchu prawdopodobnie wskutek dokładniejszego i częstego oczyszczenia jamy bęb.; przeciw obfitemu zaś wydzielaniu wszystkie te środki zostały bez skutku.

Wobec takiego stanu rzeczy uważałem za obowiązek, mimo mego skeptycyzmu pod względem nowych środków, użyć *natrium tetraboricum* Jaenickego w tym przypadku. Muszę przyznać, że w przeciągu 3 dni otrzymałem lepsze wyniki aniżeli w poprzednich 3 tygodniach. Wydzielina się zmniejszyła tak, że jednorazowe przestrzyknięcie wystarczało na 24 godzin. Atoli watę w uchu trzeba było kilka razy przez ten czas zmieniać i przy każdym natrysku wydzielała się jeszcze znaczna stosunkowo ilość ropy z jamy bębenkowéj. Owóż podczas stosowania wymienionego płynu chory zawsze skarżył się na palenie i drażnienie w gardle i w nosie, wywołane spływaniem wciśniętego do jamy bęb. rozczynu przez ujście gardzielowe trąbki do jamy nosogardzielowéj, które się przez jakiś czas po wstrzykiwaniu utrzymywała. Aby tych dokuczliwych uczuć uniknąć, trzeba było trąbkę uczynić niedrożną. Co też postanowiłem uskutecznić zamierzając z tym zabiegiem połączyć jeszcze inny cel. Wyobrażałem sobie bowiem, że płyn leczniczy nie mogąc przy zatkanem ujściu gardłowem trąbki wyciec w kierunku gardła, będzie zmuszony z powodu ucisku z zewnątrz nań wywartego, w jamie bęb. więcéj się rozpościerać i we wszystkie te zaułki, zatoki, szpary i skryte miejsca ucha środkowego wnikać, do których się dawniéj przy swobodnym odpływie drogą trąbki wcale nie dostawał lub je ledwie po wierzchownie tylko przepłukiwał. Że takie rozlewanie się środka leczniczego po błonie śluzowéj jamy bęb. i bliższe jego stykanie się ze schorzałemi miejscami przyczynić się musi do rozwinięcia większéj działalności przeciwzakaźnéj i leczniczéj, to zdawało mi się niezawodnem. W tym celu wprowadziłem 3 marca b. r. za pomocą cewnika trąbkowego odpowiednio gruby zgłębnik do trąbki chorego ucha i zresztą postąpiłem sposobem przez Jaenickego podanym. Przy tem postępowaniu chory w miejsce dawnego przykrego palenia uczuł bardzo nieznaczne tylko drapanie. Poleciłem choremu, aby gazy w uchu aż do następnéj wizyty nie zmieniał. Na drugi dzień widziałem chorego powtórnie. Ku największemu memu zdziwieniu zastałem gazę suchą, przewód uszny zupełnie próżny i suchy i tylko na ścianach mnóstwem grudek twardych krystalicznych jakby skorupą oblepiony. Przy natrysku powietrze wyszło przez otwór zupełnie wolne i czyste bez rzężenia jak dawniéj i bez kropli wydzieliny. Skutek był nadspodziewanie świetny. W następnych kilku dniach osady krystaliczne ze ścian przewodu powoli się oddzielały, wydzielina więcéj nie wróciła, słuch coraz więcéj się polepszał, a chory wyjechał na jakiś czas z Krakowa, bardzo zadowolony ze swego stanu zdrowia, z poleceniem, aby mi się późniéj z powrotem znowu przedstawił.

Oczywiście w tym przypadku rozczyn używany, zgromadzony w uchu średniem i tam przez dłuższy czas aż do ulotnienia pozostały, wywarł bezsprzecznie lepszy skutek niż wszystkie środki dotychczas używane i niż pierwéj tym samym środkiem sposobem Jaenickego bez mojéj modyfikacyi używanym osiągnąć można było. Nie myślę bynajmniéj wydać stanowczego sądu co do skuteczności téj metody na podstawie jednego przypadku. Wobec ważności jednak téj tak rozszerzonéj i tak pospolitéj choroby dość często wszelkim usiłowaniom leczniczym uporczywie się opierającéj i narażającéj cierpliwość lekarza jakoteż chorych na ciężkie próby a wobec świetnego wyniku za pomocą téj metody w przytoczonym przypadku osiągniętego, sądziłem, że nie od rzeczy będzie przypadek ten ogłosić i zachęcić szanownych kolegów do dalszych doświadczeń w tym kierunku w odpowiednich przypadkach.

Tyle jednak już teraz stanowczo potwierdzić mogę, że środek Jaenickego w każdym razie uważać należy za cenny nabytek i wzbogacenie zasobu leczniczego dla cho-

roby w mowie będącéj, za które wynalazcy szczerze wdzięczni być powinniśmy. Nadmienić mi jeszcze wypada, że przestrzykiwanie ucha wykonywałem zawsze rozczynem lysolu (10 kropli lysolu na szklankę letniéj wody) i rozczyn omówionego środka przygotowywałem sobie (według podania Jaenikego) świeżo za każdym razem bezpośrednio przed użyciem. Zastrzegam sobie co do dalszego przebiegu choroby w tym przypadku, szczególnie co do trwałości osiągniętego skutku, względnie nawrotów, co do zachowania się dalszego słuchu, perforacyi i t. d. jakoteż o dalszych moich doświadczeniach z tym środkiem i co do tłomaczenia jego działalności w swoim czasie podać moje uwagi.

III. Niezwykły stopień idyosynkrazyi względem przetworów rtęciowych.

Podał

Dr. Rosenblatt.

Wezwany wieczorem do 3-letniéj córeczki państwa Ch., okazującéj zaburzenia w przewodzie pokarmowym, przepisałem kalomel w proszkach po 0·01 na dawkę. Nazajutrz przy wizycie rannéj przywitali mnie rodzice na wstępie zapytaniem, czy w proszkach przezemnie zapisanych nie znajduje się przypadkiem jaki przetwór rtęciowy? A jako wytłumaczenie zapytania pokazała mi matka małéj pacyjentki, pani Ch., wysypkę na swym policzku, na szyi, na boku prawym i na obu rękach. Wysypka cechująca pokrzywkę: plamy mocno czerwone, wyniosłe ponad poziom reszty skóry, tu i owdzie wyraźne bąble białawe w środku zaczerwienienia, świąd bardzo mocny, ciepłota miejscowo podniesiona. Wysypka ta wystąpiła wkrótce po wycałowaniu odpowiednich miejsc przez córeczkę, która wówczas dopiero dwa proszki zażyła była.

Ponieważ pani Ch. wie o tem z doświadczenia, że cierpi na idyosynkrazyję względem rtęci, domyśliła się zaraz, że w proszkach przez dziecinę zażywanych rtęć znajdować się musi i że ślina dziewczęcia zawierająca część proszka niezupełnie połkniętego wysypkę tę niezawodnie wywołać musiała. Proszki przepisałem jako *aquila alba* i wiem, iż uprzedzenie z góry jest wykluczonem i że matka o zawartości proszków wyobrażenia mieć nie mogła. Gdyby bowiem wiedziała, iż w proszkach zawarty jest jakiś przetwór rtęciowy, nie byłaby ich wcale dziecięciu podała, gdyż córka jéj starsza cierpi również jak matka na tę samą idyosynkrazyję.

Zaciekawiony wielce tem spostrzeżeniem, zebrałem następujące daty:

Pierwszy raz zauważyła pani Ch. wysypkę taką na sobie w r. 1875, licząc wówczas lat 21. Stłukłszy termometr bawiła się rtęcią, przelewając ją z ręki na rękę, lecz ani ona ani lekarz nie przypisywali podówczas temu zbiegowi okoliczności żadnego znaczenia i nie przypuszczali, że to był właśnie powód do pojawienia się pokrzywki. W r. 1884 cierpiała pani Ch. na dolegliwości ze strony żołądka i jelit a skoro woda gorzka okazała się bezskuteczną, przepisał jéj lekarz proszki kalomelowe. Po wyżyciu kilku proszków, w jakiéj dawce dziś stwierdzić się nie daje, dostała wysypki na całem ciele jednostajnéj, szkarłatnéj, jednak bardzo mocno swędzącéj. Ciepłota ciała miała wynosić około 40° C. Zajęcia błony śluzowéj, podniebienia i przełyku nie było. Gorączka ustąpiła po dniach 3, wysypka zaś po dniach dopiero 5 powolnie, a bezpośrednio po tem nastąpiło złuszczenie przyskórka. Lekarz rozpoznał wówczas płonicę i jako taką leczył.

Półtora lat późniéj cierpiała pani Ch. na wyprysk na czole a prof. Kaposi we Wiedniu, którego rady wówczas zasięgnęła, mieszkając czas jakiś we Wiedniu, przepisał jéj maść *cum hydrargyro praecipitato albo*. Zaraz po pierwszem natarciu maści wystąpiła u niéj bardzo silna wysypka na czole, twarzy i na szyi, posiadająca przeważnie cechy *erythema*, rozlane zaczerwienie do płonicy podobne, miejscami zaś cechę pokrzywki. Wówczas oświadczył też prof. Kaposi, że wysypka ta wywołana jest idyosynkrazyją względem rtęci i że owa płonica, którą pacyjentka w r. 1884 miała przebyć, nie była niczem innem jak *erythema exsudativum medicamentosum*. A to tem więcéj, iż po pierwsze przebywała pani Ch. już jako panienka 13 letnia bardzo silną płonicę, powtóre zaś w r. 1884, w czasie kiedy u niéj owa wrzekoma płonica się pojawiła, nie było ani w jéj rodzinie ani w domu, ani u znajomych żadnego drugiego przypadku zachorowania na płonicę, nikt z otoczenia nie zachorował, a w mieście nie było żadnéj epidemii lub tylko nawet liczniejszych przypadków sporadycznych. Od tego czasu wystrzegała się pani Ch. wszelkich przetworów rtęciowych jak ognia, a to tem więcéj, że córka jéj starsza objawiła również tę samą idyosynkrazyję. Pani Ch. liczy lat 36. jest więzi lymfatycznéj, nieco zażyła, bruneta, zboczeń żadnych nie okazuje. Córka jéj starsza liczy już lat 15, jest szczupłą, niedokrewną blondynką. Już w 11-tym roku życia pojawił się u niéj peryjod i od tego czasu powtarza się ciągle a zawsze bardzo obficie. Przeciw liszajowi na czole przepisał jéj jeden z tutejszych specyjalistów w r. 1885 maść *c. hydrargyr. praecipit. alb.* a zaraz po wtarciu pierwszorazowem maści wystąpiły u niéj te same objawy co u matki, tj. wysypka, świąd, podniesienie ciepłoty a nawet obrzęk gruczołów szyjowych i podszczękowych. Wysypka podobna była do płonicy i pojawiła się na całem ciele. Od tego czasu więcéj maści nie użyła.

U pani Ch. trwała wysypka tym razem tylko 3 dni, nie była ogólną tylko ograniczyła się do wyż wspomnianych miejsc i zakończyła łuszczeniem. Podwyższenia ciepłoty nie było. Mała zaś pacyjentka moja wyżyła proszków dziesięć ze skutkiem a bez wywołania jakiejkolwiek wysypki. Zdaje się, iż idyosynkrazyi nie posiada.

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Canizzaro: **O czynności gruczołu tarczykowego.**

Autor stwierdził przedewszystkiem po całkowitem wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego u licznych psów i kotów te same objawy co przedtem Schiff i inni. Następnie przemieszczał gruczoł tarczykowy na mięśnie mostko-językowe bądź u tego samego zwierzęcia, bądź też przenosił gruczoł wspomniany z jednego osobnika na drugi tego samego rodzaju. Gruczoły przeszczepione w obu przypadkach funkcyjonowały po wgojeniu się prawidłowo, a operowane zwierzęta nie okazywały żadnych zboczeń. Natomiast gdy po pewnym czasie C. usunął całkowicie przeszczepione gruczoły, zjawiały się u zwierząt objawy występujące zazwyczaj po usunięciu gruczołu tarczykowego, które sprowadzały śmierć zwierzęcia. Gruczoł przeniesiony z jednego psa na drugiego po udałéj transplantacyi traci istotę koloidową i wraca do utkania embryjonalnego, czy jednak z czasem nie zjawia się w takim gruczole napowrót treść koloidowa, tego autor nie zbadał.

W następnych doświadczeniach udało się autorowi u zwierząt pozbawionych całkowicie gruczołu tarczykowego usunąć w zupełności następowe drgawki przez podawanie wielkich dawek bromku potasowego (2·0—10·0 gr. dziennie), a żywiąc forsownie operowane psy mlekiem, zdołał utrzymać je przy życiu. Stan takich zwierząt w 20—24 miesięcy od wycięcia gruczołu bywał zupełnie zadowalający a kilka psów żyje i ma się dobrze do dziś, t. j. 6 lat od operacyi. Szczeniąt niżéj 6 miesięcy tudzież psów, u których po dokonanéj resekcyi występowały uporczywe wymioty, nie zdołał autor mimo podawania bromku potasu zachować przy życiu. Podobnie ginęły wśród charakterystycznych objawów takie psy, u których po 5 miesiącach przestano podawać *kal. brom.*, pomimo tego, że przedtem były zupełnie zdrowe.

W ostatnim przypadku znalazł C. przy sekcyi torbielowate zwyrodnienia *glandulae pituitariae*, która według mniemania autora jest równorzędną co do czynności z gruczołem tarczykowym i może go w czynności wyręczać. Później wstrzykiwał C. podskórnie odpowiednio sporządzony, zgęszczony rozczyn krwi z psów zdrowych, daléj z wołów i królików w sześć dni po usunięciu gruczołu i utrzymywał zwierzęta takie kilka dni przy życiu. Wstrzykiwanie takiego rozczynu krwi z psów pozbawionych gruczołu i okazujących właściwe objawy następowe pozostawało bez skutku. Daléj utrzymywał przy życiu C. psy z wyciętym gruczołem za pomocą wstrzykiwania podskórnego rozczynu uzyskanego z gruczołów tarczykowych innych zwierząt. Psy takie wracały do zupełnego zdrowia i żyły po 3 lata od operacyi.

W ostatnich czasach C. wstrzykiwał podskórnie z dobrym skutkiem psom po resekcyi gruczołu rozczyn zgęszczony, sporządzony z kory mózgowéj zwierząt zdrowych, natomiast wstrzykiwanie takiegoż rozczynu z kory mózgowéj psów z wyciętym gruczołem, a okazujących już charakterystyczne drgawki, nie miało żadnego wpływu.

Na podstawie tych doświadczeń przypuszcza Canizzaro, iż gruczoł tarczykowy wytwarza istotę niezbędną do czynności układu nerwowego. Z chwilą, kiedy ilość téj istoty w krwi krążącéj zmniejszy się, zwierzę ginie, ztąd śmierć po wyłuszczeniu gruczołu. Prócz gruczołu tarczykowego posiadają zwierzęta jeszcze inne narządy o czynnościach analogicznych, które gruczoł ten w jego czynności zastąpić mogą. Produkt gruczołu tarczykowego znachodzi się prawdopodobnie nietylko we krwi, lecz także i w istocie szaréj mózgu, jakkolwiek w mniejszéj ilości. Odnośnie zaś do wyników po stosowaniu bromku potasowego, mniema autor, iż środek ten wywiera na komórki zwojowe działanie podobne w zasadzie do działania produktów fizyjologicznych gruczołu tarczykowego.

Zdaniem autora powyższe hypotezy o czynnościach gruczołu tarczykowego znajdują uzasadnienie w spostrzeganych przez niego objawach, występujących od pierwszéj chwili po wyłuszczeniu aż do czasu zupełnego powrotu do zdrowia, a mianowicie w zjawiskach porażenia, niedowładu, kurczów, drgawek; w zaburzeniu w zakresie czucia; w zaburzeniach troficznych, naczynioruchowych, wreszcie w objawach występujących w sferze psychicznéj, od postaci najlżejszéj, t. j. depresyi ogólnéj, do najcięższych, jakim jest obłąd. Autor kończy doniesieniem, iż wspomniany zgęszczony rozczyn, uzyskiwany przez niego z miąższu gruczołów tarczykowych, wstrzykuje obecnie kilku epileptykom, u których miało mu się udać usunąć w ten sposób napady, a zarazem wyraża nadzieję, że na téj drodze będzie można leczyć i inne neurozy. (*Deut. med. Wschrft.* Nr. 9, 1892).

Dr. St. Kwiatkowski.

Bakteryjologija.

P. A. Chmielewskij (Petersburg): **O wpływie światła słonecznego i elektrycznego na drobnoustroje ropne.**

Autor podaje tymczasowo w krótkości następujące wyniki swych badań: Światło słoneczne i elektryczne wywiera bezwątpienia wpływ na wzrost drobnoustrojów ropnych: światło elektryczne opóźnia wzrost tych mikrobów, światło słoneczne zabija je nawet po 6 godzinnem działaniu. Opóźniają wzrost tych ustrojów nietylko promienie świetlne i chemiczne, lecz także i cieplne. Wszystkie promienie słonecznego widma opóźniają wzrost najprędzéj *staph. pyog. albus*, późniéj *bac. pyocyan.*, *streptoc. erysipelatis i streptoc. pyog.* Najodporniejszym na działanie światła jest *staph. pyog. aureus*. Pod wpływem światła ruchy *bac. pyocyanei* stają się powolniejszemi. Różnica pod względem barwienia się drobnoustrojów, wystawionych na działanie światła nie występowała wyraźnie, tylko *staph. pyog. albus* barwił się jaskrawiéj pod działaniem światła. Światło wpływa także i na pożywki stałe (agar-agar i żelatynę) czyniąc je mniéj odpowiedniemi dla wzrostu mikrobów. W bulijonie zmian nie zauważono. *Staph. pyog. aureus, albus* i *bac. pyocyan.* rozpuszczają żelatynę pod wpływem światła słonecznego i elektrycznego w znacznie mniejszym stopniu, aniżeli w zwykłych warunkach. *Staph. pyog. aureus* a zwłaszcza *bac. pyoceaneus* wytwarzają pod wpływem światła znacznie mniéj istot barwikowych. Wreszcie zaznacza autor, że wprawdzie nieukończone jeszcze doświadczenia wykazały, że szkodliwość drobnoustrojów ropnych pod wpływem światła się zmniejsza. (*Wracz*, 1892, Nr. 20). *Dr. K. Klecki.*

Choroby wewnętrzne.

Hennig: **Salipyryna przeciw influenzy.**

H. odróżnia w influenzy 4 działy główne i kilka podrzędnych a mianowicie: 1) influenza dróg oddechowych; 2) influenza układu krwionośnego (postać sercowa); 3) influenza żołądka i jelit, a) o postaci nieżytowéj, b) cholerycznéj, c) czerwonki; 4) influenza układu nerwowego (postać nerwowa), a) układu środkowego, b) nerwów obwodowych. —

Jak wszelkie choroby zakaźne, tak również wymaga influenza leczenia hygijeniczno-dyjetetycznego, a przedewszystkiem spokoju i należytéj opieki. Środki przeczyszczające, mianowicie: kalomel, *ol. ricini*, *rheum*, przyczyniają się znacznie do osłabienia objawów groźnych występujących w postaci żołądkowéj, jeżeli się przytem zachowa dyjetę ścisłą. H. spodziewa się, żeśmy w salipyrinie znaleźli lek swoisty przeciw influenzy. Zbawienne skutki lecznicze saliantipyriny nie ograniczają się jedynie do zniżenia gorączki, ukajają także bóle i zmniejszają obrzęki powstałe. Najskuteczniéj działa salipyrina w influenzy postaci nerwowéj i sercowéj, również dróg oddechowych i żołądka. W wyżéj wymienionych postaciach wystarcza sama salipyryna, w ostatnich zaleca: Rp. *Salipyrini 6·0, Glycerini 14·0, Syr. Rubi Id. 30·0, Aq. dest. 40·0.* DS. Co $^1/_4$—$^1/_2$ godziny łyżkę stołową zażyć.

Niemiły posmak znika po kilku minutach po użyciu jakiegokolwiekbądź płynu, cukierków miętowych lub chleba żytniego. Chorym nader wybrednym zapisywać można salipyrynę w kapsułkach od 0·5 do 1·0 grm. Salipyryna działa najskuteczniéj w większych dawkach podana, zwłaszcza w małych odstępach począwszy od godziny 3. po południu. Zwykle wystarcza dawka od 3·0 do 5·0 podana co $^1/_4$—$^1/_2$ lub godzinę. Po 3—6 godzinach czuje się chory zdrowszym, spi spokojnie w nocy i wstaje zrana zupełnie zdrowy. — W niektórych przypadkach należy podawać nawet w dniach następnych salipyrynę od 1·0—2·0. W influenzy dróg oddechowych (zwłaszcza oskrzeli płucowych) podano *extr. fluid. Cocillana* 3—4 razy dziennie po łyżeczce kawowéj. (*Allgem. med. Central-Zeitung* 1891, 93).

Dr. Karol Reiss w Dukli.

Chirurgija.

Kronacher: **Oksychinaseptol w praktyce chirurgicznéj.**

Używał go K. w rozczynie 1—2% do odrażania rąk, narzędzi, oczyszczania i opatrywania ran. Wyniki znakomite: nie drażni bowiem ran ani nie wywołuje wyprysków na skórze zdrowéj, nie zabarwia tkanek, koagulacyi na powierzchni rany nie wywołuje tak często i silnie jak inne środki, wnika szybko i w głąb tkanek, rozszerzając swe działanie przeciwpasorzytnicze. Nie sprowadza nawet w większéj ilości użyty żadnych objawów zatrucia. Na owrzodzenia podudzi zdaje się działać swoiście. Jako proszek lub w pastylkach rozpuszcza się z łatwością w wodzie i daje rozczyn zupełnie przejrzysty; nadaje się z tego względu do odrażania narzędzi, które atoli czerni, gdy nie są dobrze niklem powleczone. Wreszcie nie jest on środkiem lotnym. (*Gazette médicale de Paris*, Nr. 24, 11 Iuin 1892).

Dr. Wachholz.

Choroby skórne i kiłowe.

Güntz (Drezno): **Skuteczność arystolu w leczeniu wrzodów wenerycznych.**

Najlepszym środkiem do leczenia wrzodów, choćby nawet natury kiłowéj, jest zdaniem autora jodoform i to w postaci posypki, nie zaś jako maść lub gaza. Jeżeli pacyjent wzdryga się przed stosowaniem jodoformu z powodu niemiłéj woni tego środka, to względnie najlepiéj zastąpić go

można arystolem. Arystol jestto proszek bezwonny, brunatny, w wodzie nierozpuszczalny, natomiast łatwo rozpuszcza się w zwyczajnéj oliwie; z małą ilością oliwy daje gęstą papkę. Ponieważ papkę tę trudno z pędzla zdjąć i ranę namazać, przeto G. posypuje obficie wrzód proszkiem arystolu i daje na to kroplę oliwy. Wszelkie maści są zbyteczne i bezskuteczne. Opatrunek zmienia autor 2 lub 3 razy dziennie. W przypadkach cięższych wrzodów żrących arystol nie bywał skuteczny i musiał G. z tego powodu wracać do jodoformu. O wiele lepiéj działał arystol wobec wrzodów twardych. Najlepsze wyniki osiągnął autor z arystolem w złośliwych owrzodzeniach kiłowych drugorzędnych, w kilakach wrzodziejących, wobec rozpadających się tworów gruźliczych i kiłowych. Wrzody tego rodzaju na kończynach dolnych a nawet podminowane wrzody na głowie, które opierały się były długo wszelkiemu leczeniu, goiły się po konsekwentnem stosowaniu arystolu dość szybko. Autor jednak dodaje, że jakkolwiek tą drogą mógł sprowadzić wyleczenie, nie omieszkał jednak w wielu przypadkach przeprowadzania odpowiedniego leczenia przeciwkiłowego. (Osobne odbicie z „*Memorabilien*“ 1892, 2). *Dr. Beck.*

Temple: **Dwa przypadki kiły.**

U młodéj dziewczyny, która zachorowała wśród objawów gorączki, wielkiego upadku sił, bólu w mięśniach i gardle, znaleziono dwa miękkie owrzodzenia wielkości małego paznogcia, jedno z nich było na górnéj, drugie na dolnéj wardze ust. W pobliżu dolnego wrzodu utworzyła się dymienica ropna w gruczołach podszczękowych, którą przecięto. Wrzód na wardze gornéj stwardniał i po nim wystąpiła osutka guzkowa. Na podniebieniu twardem, na lewo od przedniego łuku podniebienno-językowego, znajdował się również wrzód, o brzegach ostro ciętych, który sięgał aż do obnażonéj kości, jak o tem badanie zgłębnikiem przekonało. Rozpoznanie opiewało: *Ulcera mollia labii inferioris et palati duri. Bubo submaxillaris. Lues.* Jako możebną przyczynę choroby uznano, że zarażenie młodéj osoby powstało przez pocałunek narzeczonego. Ogólne leczenie kiły rozpoczęto dopiero po wystąpieniu zmian powszechnych i polegało na użyciu wewnętrznem sublimatu ($^1/_8$ grm. *pro die*).

W drugim przypadku objawy osutki kiłowéj poprzedziły bardzo gwałtowne, aż do obłędu wzmagające się bóle głowy, silne bóle w stawach, które zwodniczo przypominały ostry gościec stawowy; obok tego były zaburzenia wzroku i słuchu. (*Archiv für Dermat. und Syph.* 1892). *Dr. Skobel.*

Choroby uszne.

Guye (Amsterdam): **O zapaleniach błony bęb. wywołanych wstrzykiwaniem płynu do nosa.**

Dwa czynniki mogą sprowadzić wnikanie płynu z nosa przez trąbkę do ucha środkowego, czyniącego natrysk nosowy niebezpiecznym. Jeżeli wobec niedrożności nosa z jednéj strony wstrzykuje się płyny przez drugą stronę, odpływ nie równa się dopływowi i powiększone parcie hydrostatyczne powstałe w przestrzeni nosogardzielowéj może łatwo pokonać zamknięcie ujścia trąbki. Ztąd wynika ważna przestroga, aby natrysk lub wstrzykiwanie płynu do nosa wykonywać tylko ze strony mniéj drożnéj. Dlatego też należy przeprowadzenie podobnego zabiegu poprzedzać odpowiedniem badaniem nosa w tym kierunku. Zastosowanie nieodpowiedniéj kanki, n. p. oliwki otwór nosowy ściśle zatykającéj, może również z tego samego powodu niebezpieczne następstwa wywołać. Gdzie z powodu niedostatecznéj drożności natrysk i wstrzykiwanie jest przeciwwskazanem, tam można w ich miejsce używać wlewania. — U dzieci niżéj 3 lat natrysku nosowego wogóle wykonywać nie wolno. (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Bd. 31, H. 3 i 3). *Dr. Spira.*

Choroby nerwowe.

Henryk Higier: **Przypadek udaru histerycznego.**

Przypadek dotyczy 18-letniego chorego. Za przyrodą histeryczną przemawiały najpierw dane anamnestyczne, które wykazują dziedziczność chorób nerwowych, istniejącą w szerokiem tego słowa znaczeniu w rodzinie chorego, daléj młody wiek tegoż i brak jakichkolwiek schorzeń organicznych, któreby mogły wywołać krwiotoczną lub zatorową apopleksyję. Co do samych objawów spostrzeganego udaru, zaznacza autor niestałość objawów porażennych, szybkie powstanie i znikanie tychże, a nawet wprost niestosunek pomiędzy niemi, wreszcie obecność spostrzeganego najpierw przez Charcota *hemispasmus glossolabialis*, który cechuje się skurczami najczęściéj klonicznemi w zakresie mięśni jednéj połowy twarzy i języka. Wyniki terapii przemawiają również za hysterycznem źródłem objawów i tak możność zginania kończyn w śnie hypnotycznym i pomyślne działanie hypnozy na znikanie porażeń ruchowych nie występowałyby w innéj nie hysterycznéj postaci udaru. Z innych hysterycznych objawów wymienia autor skurcze (spasmi) występujące czasem w najróżnorodniejszych narządach, zmiany wzroku, opadnięcie powiek w połączeniu ze znieczuleniem rogówki i kilka jeszcze innych mniéj wybitnych. (*Gazeta Lek.* 1892, Nr. 20). *Dr. L. Korczyński.*

Medycyna sądowa.

Prof. E. v. Hofmann: **Spędzenie płodu wstrzyknięciem gorącéj wody. Śmierć nagła wskutek zatoru płucnego.**

Spędzanie płodu przez wstrzyknięcie wody ciepłéj lub gorącéj do macicy zdarza się obecnie coraz częściéj. Przy tym zabiegu grozi życiu wielkie niebezpieczeństwo. Pominąwszy już bowiem możność pęknięcia ściany macicy, które naturalnie zależy od okresu ciąży i grubości ściany macicy, to przecież w celach spędzenia używają zawodowi spędzacze albo wody zwykłéj lub jeszcze częściéj nieczystych odwarów ziół, mogących wywołać septyczną *endometritis* i *metritis* z następowem przeżarciem ściany macicy i posokowatem zapaleniem otrzewny. Ponadto grozi jeszcze życiu kobiety poddającéj się takiemu zabiegowi, choćby nawet był użytym płyn przeciwgnilny do wstrzyknięcia, niebezpieczeństwo ze strony zakrzepów, jakie w rozszerzonych żyłach macicy pod wpływem injekcyj powstają. Nierzadko może wtargnąć powietrze do przedartych żył przy tym zabiegu i dać powód do zatorów powietrznych.

Dnia 23 kwietnia 1890 r. doniosła akuszerka A. B., że w dniu tym zmarła u niéj w mieszkaniu nagle młoda osoba, która przyszła do niéj o poradę z powodu gwałtownych boleści w dolnej części brzucha. Sekcyja zwłok wykazała jako bezpośrednią przyczynę śmierci zatory tętnicy płucnéj wytworzone przez skrzepy krwi barwy gotowanego mięsa. Macica była powiększoną i zawierała jajo z 3-miesięcznym płodem. Jajo płodowe było w dolnym odcinku od ścian macicy odklejone i również zabarwienia podobnego do gotowanego mięsa. Naczynia krwionośne w części łożyska o wejrzeniu gotowanego mięsa były wypełnione skrzepami o téj saméj barwie. Gdy ze zeznań świadków wiele przemawiało za tem, iż kobieta ta będąc nieślubnie brzemienną, zgłosiła się do akuszerki owéj o poradę, zapewne w celu spędzenia płodu, wytoczono śledztwo przeciw akuszerce. Z braku jednak jawnych dowodów akuszerkę uwolniono.

Orzeczenie H. opiewało: Przyczyną bezpośrednią śmierci stały się zatory tętnicy płucnéj, które powstały ze skrzepów tegoż samego zabarwienia znalezionych w rozszerzonych a uszkodzonych żyłach macicy. Wejrzenie dolnego odcinka jaja płodowego podobne do gotowanego mięsa, jak również odklejenie w dolnéj części jaja płodowego od ścian macicy wzbudzają podejrzenie, iż wstrzyknięto do jamy macicy jakiś płyn. Gdy badanie chemiczne w częściach jaja, które uległy korozyi, nie wykryło żadnych środków lekarskich wywołujących krzepnięcie białka, zdaje się być uzasadnionem przypuszczenie, iż w tym przypadku użyto do injekcyi gorącéj wody. Woda musiała być wstrzykniętą wprost do macicy jakkolwiek i pochwa oparzeniu uległa. W powyższym przypadku tem łatwiéj przyszło do wytworzenia się skrzepów w żyłach macicy, że łożysko po części przodowało i przysłaniało ujście wewnętrzne macicy. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie po upływie pewnego czasu od wstrzyknięcia płynu, gdyż wytworzenie się skrzepów w ży-

łach macicy, oderwanie się ich i zaczopowanie drobnych rozgałęzień tętnicy płucnéj wymagało również pewnego czasu. Denatka była zupełnie zdrową, za czem przemawia brak jakichkolwiek innych zmian w narządach wewnętrznych i obfite resztki pokarmów niezmienionych, np. kawałków szynki w żołądku. (*Friedreichs Blt. f. ger. Med.* 1892, z. I).

Dr. Wachholz.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Emmerich (Monachium): **Nowy sposób oznaczania wilgotności ścian.**

Autor radzi zmierzyć długość, szerokość i wysokość izby, a następnie za pomocą stancy mającéj 0.5 ctm.^{2} wziąć z każdéj ściany próbki wyprawy, w kształcie okrągłych tarczek i to z całéj grubości wyprawy. Przez to nie wyrządzi się żadnéj szkody, bo powstające po tem w ścianie ubytki można łatwo zaraz wypełnić gipsem i zatrzeć. Każda taka próbka wyprawy rozciera się zaraz w stancy tak, aby oddzielić kamyczki od delikatnéj wyprawy, przenosi się ją w naczyniu szczelnie zamkniętem do pracowni i waży w płytkiéj niklowéj miseczce. Celem wysuszenia przy 100° C. wstawia się równocześnie 6 takich próbek w ogrzanéj poprzednio suszarni z powietrzem rozcieńczonem, zamyka je nakrywką i łączy rurkę wylotową z pompą wodną rozrzedzającą powietrze. Jak tylko dojdzie ciepłota wewnątrz suszarni do 100° C., a manometr u pompy wodnéj wskaże, że w przyrządzie jest już próżnia, wtedy nie potrzeba go dalej doglądać. Potrzeba tylko po upływie $^1/_2$—1 godziny stwierdzić, czy w rurce szklanéj kurka o 3 przewodach nie można poznać więcéj zgęszczenia pary. Jak tylko to nastanie, wypuszcza się w kwadrans późniéj brzez skręcenie kurka powietrze wolne od kwasu węglowego i wody do przyrządu, zdejmuje się nakrywkę, wydobywa próbki i waży je po ochłodzeniu w eksykatorze. Oznaczenie tym sposobem ilości wody w 6 próbkach wyprawy zajmie nie dłużéj niż kwadrans do $^1/_2$ godziny czasu, podczas gdy sposób Glassgena a nawet nieznacznie zmieniony przez Lehmanna i Nussbauma sposób Glassgenowski zajmie przynajmniéj $2^1/_2$—3 godzin w zupełności. Autor radzi, aby uznać ściany budynku za osuszone dostatecznie, jeżeli całkowita wyprawa będzie zawierać 2% wody oznaczonéj za pomocą przyrządu z rozcieńczonem powietrzem, a nie jak Glassgen proponuje 1%.

Chociaż nie można spodziewać się, kończy autor rozprawę, aby w przyszłości lekarz urzędowy orzekł na podstawie oznaczania stopnia wilgoci ścian, czy można pozwolić zamieszkać budynek, to przecież można mieć nadzieję, że sposobu jego wymagającego tak mało czasu, użyją przynajmniéj hygijeniści bardzo często w interesie zdrowia i w interesie sprawiedliwego wyroku sędziowskiego w sprawach sądowych. (*Archiv. f. Hygiene*, XIV Bd., 3 Heft.) X.

Blaschko (Berlin): **W sprawie prostytucyi.**

Autor, w wykładzie swym na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Berlinie, podał w sprawie prostytucyi następujące tezy mające na celu ochronę przed zakażeniem wenerycznem. 1) Należy prostytucyję oddać pod nadzór policyjno sanitarny, a znieść dotychczas istniejący nadzór moralno-policyjny. 2) Nadzór ten ma się tylko odnosić do prostytucyi zawodowéj; prostytucyja tajna nie jest tak znacznie rozszerzoną i nie pociąga tyle niebezpieczeństw, jak dotąd przesadnie o tem sądzono. 3) Każda prostytutka winna być przynajmniéj dwa razy w tygodniu badaną. Czas badania jednéj winien wynosić przynajmniéj 3 minuty. 4) Badania odbywać się powinny w szpitalach, wyjąwszy te przypadki, w których prostytutka w areszcie się znajduje. 5) Należy wprowadzić w życie ambulatoryjne bezpłatne leczenie chorych wenerycznych, o ile choroba ich nie wymaga leczenia szpitalnego; również należy leczyć ambulatoryjnie tych, którzy szpital opuścili. a wymagają w dalszym ciągu jeszcze leczenia (*Nachbehandlung*). 6) Z leczeniem bezpłatnem chorych wenerycznych należy połączyć zmiany w ustawach i zwyczajach, które są skierowane na niekorzyść tychże chorych n. p. zmiany w statutach kas chorych i t. d. 7) Chorych wenerycznych należy uważać jak innych chorych i obchodzić się z nimi w sposób taki, jakiego się używa u chorych niewenerycznych. 8) Powiększenie oddziałów szpitalnych dla chorych wenerycznych, otwarcie bezpłatnych ambulatoryjów, wydawanie bezpłatne leków. 9) Pouczenie ludności, zwłaszcza młodszéj, o niebezpieczeństwie i sposobie szerzenia się chorób wenerycznych zwłaszcza w kasach chorych i wojsku. (*Wien. Med. Bl.* Nr. 18. 1892). *Dr. Wachholz.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 lipca. IV. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. Dalsze wykłady zgłosili:

19) Dr. Ziembicki: O krwotokach pęcherza, szczególnie po operacyi przetok — i o środkach zapobiegawczych.

20) Tenże: Demonstracyja preparatów.

21) Prof. Jakubowski: O raku nerki u dzieci.

22) Dr. Wehr: Przyczynek do leczenia operacyjnego gruźlicy jąder (z okazaniem preparatów).

23) Tenże: O przerzutach raka przez zetknięcie (z demonstracyją).

24) Tenże: O promienicy brzusznéj, dokończenie z okazaniem nowego przypadku promienicy brzusznéj.

25) Dr. Obtułowicz: Kilka preparatów uzyskanych przy operacyi.

26) Prof. Obaliński: O chirurgicznem leczeniu exsudatów parametrycznych.

* We Wiedniu ukonstytuował się komitet, mający zebrać składki dobrowolne celem postawienia pomnika śp. prof. Brückemu. Z lekarzy polskich a byłych uczniów zasłużonego fizyjologa wchodzą do tego komitetu proff. Mikulicz, Horbaczewski i Łazarski. Sekretarzem, na ręce którego datki posyłać można, jest prof. S. Exner we Wiedniu.

* Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jag. pp. Jonatan Hand ze Lwowa, Maksym. Kazimierz Rutkowski z Wielkiéj wsi w Król. Polskiem i Adam Stanisław Wolański z Wilejki w Litwie.

* W Krynicy do d. 27 czerwca było gości 1034, — w Truskawcu 220.

* W tygodniu 25-tym (od 19—25 czerwca) było w Krakowie małżeństw 17, urodzeń 43, skonów 55, z tych z zapalenia płuc 8, z gruźlicy 6, z nieżytu żołądka i jelit 5, z dławca i błonicy 5, z ospy 2.

* **Zmarli**: Przed kilku dniami umarł prof. zwyczajny kliniki lek. we Wrocławiu, jeden z najzasłużeńszych klinicystów niemieckich, tajny radzca Dr. Antoni Biermer w 65 roku życia. Urodzony w Bambergu d. 18 października 1827 r. ukończył nauki lek. w Würzburgu, gdzie otrzymał stopień doktora w r. 1851. W r. 1861 mianowany został prof. zwyczajnym w Bernie. w r. 1867 w Zurychu a w r. 1874 we Wrocławiu. Z jego licznych prac naukowych najważniejszą była rozprawa o niedokrewności złośliwéj postępującéj.

* Otrzymaliśmy list następujący z prośbą o umieszczenie:

Ze zdziwieniem wyczytałem sprostowanie WP. Dra Ścibo rowskiego w Nrze 27, czemu sam p. Jezierski w liście z dnia 17 czerwca 1892 zaprzecza, pisząc: „*wyrobów Pańskich nie sprowadzam, bo niechciałeś Pan dać mi ich w komis*“. Ja zaś muszę dodać, iż *ostatnią przesyłkę* moich kapsułek i to tylko kreozotowych otrzymał p. Jezierski 30 czerwca *1891 r.*; w tym roku zaś ani odemnie ani ze składu u p. Dobrowolskiego kapsułek nie brał. Zapewne *na okaz* posiada jeszcze zeszłoroczne kapsułki.

Jezierna 3 lipca 1892 r. *M. Zahradnik.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 16 Lipca 1892. Nr. 29.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. O przewrotnym popędzie płciowym.

(Podług wykładu wygłoszonego na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 1 czerwca 1892 r.)

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent przy kat. medycyny sądowéj w Uniw. Jagiell. i lekarz sądowy.

Jakiekolwiek są objawy życia ludzkiego, czy one odnoszą się do strony człowieka cielesnéj, czy duchowéj, ulegają one często zboczeniom z toru normalnego. Patologija ludzka obejmuje dwa wielkie działy: chorób ciała i ducha. Jednostka, która uległa jednemu ze zboczeń ciała lub ducha, uwidacznia się otoczeniu i lekarzowi, szukając skutecznéj pomocy. Istnieje jednak jeszcze dział niemocy ludzkich, stojący na rozgraniczu dwóch pierwszych, dział zboczeń popędu płciowego. Osoby zboczeniem tem dotknięte, napiętnowane kategorycznie znamieniem występku rozmyślnego, ukrywają się tajemniczo w wirze życia, a tylko mniéj lub więcej rzadka sposobność odsłania je najczęściéj oku lekarza. Zaród chorobliwości wdziera się nierzadko w sferę uczuć człowieka, niwecząc mu pierwiastek, który jest celem i upięknieniem jego życia. Tym pierwiastkiem jest uczucie miłości, łączące dwie osoby odmiennéj płci. I uczucie miłości podlega zboczeniom, wszakże miłość z natury rzeczy pragnie gorąco życia, a jednak jakżeż częstym jest powodem samobójstw.

Miłość, jakkolwiek otacza się rąbkiem idealnego uroku, zwłaszcza w swych początkach i u osób młodych, jest zdaniem filozofów, jak Barucha Spinozy i Schopenhauera[1]), tylko uidealnionym i do potrzeb i wymagań pojedynczych jednostek zastosowanym popędem płciowym. O ile zdanie to swym chłodnym może nawet cynicznym realizmem niechętnie trafia do przekonania, toć jednak z drugiéj strony nie można wyobrazić sobie uczucia miłości, w któremby wzgląd popędu płciowego był wykluczonym. Prawu przyrody nieubłaganie zadość stać się musi; wymaga ono stworzenia życia, istoty nowéj, a aby to doszło do skutku, ubiera ono popęd ten urokiem uniesień ducha. Ztąd zdanie Schopenhauera traci wiele na cynizmie, jeżli się uwzględni jego słowa, że *„amor est meditatio compositionis futurae generationis, e qua iterum pendent innumerae generationes“*.

Wyidealizowany popęd płciowy płynący z praw ciągłego tworzenia nowego życia w przyrodzie, jeżli ma odpowiedzieć wielkiemu swemu celowi, musi dotyczyć jednostki jednéj od drugiéj płciowo różnéj, zatem mężczyzny do kobiety. Natura działa tu jak zawsze roztropnie i ztąd popęd ten skierowuje do osób młodych, zdrowych, wreszcie pięknych. Na pierwszem miejscu stoi młodość, to znaczy wiek, w którym zdolność płciowa, zdolność twórcza istnieje. Na drugiem miejscu zdrowie, aby tem pewniéj dojść do celu prawem przyrody wytkniętego, aby zabezpieczyć nowéj, powstać mającéj jednostce większą zdolność życiową. Wzgląd trzeci, wzgląd piękności jest nadto indywidualnym, czego wyrazem popularne zdanie: *„de gustibus non est disputandum“*.

Często jednak sfera ta uczucia wykoleja się z prawidłowego toru i zbaczając na bezdroża, wyradza się w potworne formy przewrotnego płciowego popędu. Przez przewrotność popędu płciowego rozumie się odmienność zakresu wyobrażeń i uczuć płciowych tego rodzaju, iż takowe wbrew prawom fizyjopsychologicznym wywołują w jednostce nią dotkniętéj chuć i rozkosz w kierunku, w którym w stanie normy wstręt i niechęć istnieje. Przewrotnym zwie się popęd płciowy wtedy, gdy nie odpowiada prawu przyrody, t, j. prawu tworzenia życia nowego[1]). Lecz tu trzeba odróżnić przewrotność popędu płciowego od przewrotności w czynnościach płciowych. Może bowiem istnieć u jednostek prze-

[1]) Schopenhauer: *Die Welt als Wille und Vorstellung.* II. B. 1859.

[1]) Krafft-Ebing: *Psychopathia sexualis,* 1892.

wrotność popędu, jednak czynność płciowa u nich odpowiada celowi wskazanemu prawem przyrody. Wprawdzie rzadko zdarzają się przypadki, w których przewrotność popędu płciowego nie doprowadza do przewrotnego działania (gdyż ostatnie jest prawie koniecznem następstwem pierwszego), jednak literatura zna podobne przypadki.

Krafft-Ebing podaje autobiografiję mężczyzny, dziedzicznie neuropatycznie usposobionego, który już od wczesnéj młodości czuł się być kobietą, wszelkie wrażenia odczuwał w kobiecy sposób. Mimo to ożenił się i był mężem przykładnym. W czasie aktu płciowego z żoną wyobrażał sobie, że jest kobietą i żywił stale ukryte życzenie pozostawania w jéj warunkach w czasie aktu tego. W młodości swéj oddawał się onanii i zboczenie swoje za jéj skutki poczytywał. Do mężczyzn nie odczuwał pociągu. Po wielu latach pożycia małżeńskiego doznał znacznego pogorszenia w stanie chorobliwego popędu. Co cztery tygodnie w okresie pełni księżyca odczuwał wybitne *molimina menstrualia*, wydawało mu się jak gdyby mu *genitalia* obrzmiewały, a z nich się wydobywał płyn lecz nie krwawy. Obcowanie cielesne z żoną wydawało mu się odtąd jako obcowanie dwu kobiet z sobą (*amor lesbicus*). Tu zatem istniała przewrotność popędu, działanie jednak było normalnem.

Osoby dotknięte przewrotnym popędem płciowym ukrywają się w codziennem życiu, a jeżli takim autorom jak Casper[1]), Hammond[2]), Hofmann[3]), Tarnowsky[4]), Krafft Ebing[5]) Tardieu[6]), Lombroso[7]) itd. zawdzięczamy wcale pokaźną w tym względzie kazuistykę, toć zapewne znacznie więcéj jest ludzi dotkniętych tem nieszczęściem, *„sed ignoti perierunt illi“*.

O ile ze znanéj kazuistyki wnioskować wolno, widać, że stan ten chorobowy o wiele częściéj wydarza się u mężczyzn niż u kobiet. Być może że w tym względzie większa zmysłowość popędu płciowego u mężczyzn, większa swoboda w wychowaniu i częstsza sposobność do występku są przyczyną téj większéj częstości. Z drugiéj jednak strony zaleta kobiet, t. j. wstydliwość, którą Montegazza[8]) zwie jedną z form fizycznego samoposzanowania, delikatność czucia i uczucia czyni kobietę wyższą, idealniejszą w pojęciu miłości, a co zatem idzie i w pojmowaniu popędu płciowego. Ztąd to zaburzenia popędu płciowego u niéj, jeżli równie często jak u mężczyzn się wydarzają, podlegają opanowaniu i nie zdradzają się w działaniu.

Przewrotność popędu płciowego może być wrodzoną lub nabytą z biegiem życia.

Przewrotność wrodzona polega na już odziedziczonem obciążeniu nerwowem i objawia się niezależnie od wpływów wychowania, zasad i praw etycznych jużto w wcześniejszym okresie życia jużto nieco późniéj, zawsze jednak dosięga swego szczytu z chwilą zupełnego rozwoju płciowego. Zmiany te popędu płciowego są niezmienne i mogą tylko czasami nasilać się, to znów słabnąć. Narządy rodne są zwykle prawidłowo wykształcone, mimo to istnieje wstręt płciowy do osób płci przeciwnéj, a chuć i pożądanie do osób tejże samej płci. Mężczyźni dotknięci tem zboczeniem nie czują się od pierwszych chwil rozbudzającego się popędu płciowego, a nierzadko i wcześniéj jeszcze, mężczyznami lecz kobietami i ztąd płynie ich popęd zwrócony do mężczyzn.

Numa Numantius (recte assessor Ulrichs) sam zboczeniem tem dotknięty, definiuje mężczyznę takiego, którego zwie „urningiem“ (wyraz bez znaczenia zresztą) słowy: *„anima muliebris in corpore virili inclusa“*[1]). Zboczenie to okazywać może różne stopnie nasilenia, począwszy od pociągu do płci téj samej, połączonego jednak z śladami popędu prawidłowego do płci przeciwnéj, t. zw. przez Krafft-Ebinga obojniactwo psychopłciowe, a dojść może do stopnia, w którym w ślad przewrotności duchowéj zaczyna się i ciało do przyjętéj duchowo odmiennéj płci zastosowywać i upodabniać; jednak narządy rodne pozostają niezmiennie normalne — jest to t. zw. androgynia lub gynandria. Między temi dwoma ostatecznemi ogniwami istnieje jeszcze stopień przewrotu duchowego bez upodabniania się ciała do odwrotnego poczucia płci własnéj *effeminatio* i *viraginitas*. Osoby takie najczęściéj w afektach swych ulegają egzaltacyi, mają pociąg do marzycielstwa; nierzadko dotknięte są nerwicami po części fizycznemi jak macinnictwem, neurastenią, padaczką. Popęd płciowy i rozkosz płciową odczuwają już za najlżejszą podnietą. Mimo tych zaburzeń okazują nieraz wielkie jednostronne uzdolnienia.

Teoryje tłomaczące wrodzoną przewrotność płciową wychodzą z tego pewnego założenia, że powodem jéj są zaburzenia w mózgu. Najlepszem wydaje się być tłomaczenie Krafft-Ebinga téj przewrotności dziedzicznością bezpośrednią. Urning płodzi urninga.

Uczucie miłości urninga skierowane do osoby płci téj saméj bywa zwykle wygórowanem. Urning ubóstwia przedmiot swéj miłości, jest zdolnym do wszelkich poświęceń dla niego a doznaje największych udręczeń z powodu zazdrości, gdy widzi obojętność lub niewiarę ze strony tegoż. Największa część urningów zaspokaja swój zwykle wygórowany popęd płciowy automanustupracyją lub naprzemienną onanią ze swym kochankiem. Bardzo często dochodzi do pederastyi i to częściéj czynnéj niż biernéj. Pederasta czynny albo uwodzi bezmyślne dzieci, które mu służą jako kynedy lub wysokiemi opłatami zjednywa sobie mężczyzn przyjmujących rolę kobiety przy akcie. O wiele rzadziéj spotyka się urningów, którzy odczuwają największą rozkosz płciową i zadowolenie, gdy zastępują miejsce kobiety.

Odnośnie do dwóch tych rodzajów pederastów, t. j. czynnych i biernych, podaję dwa przypadki dotąd nie ogłoszone.

Miałem sposobność w jednem z większych miast naszego kraju poznać mężczyznę Z. w sile wieku, który ruchami swemi nerwowemi i wejrzeniem dziwne sprawiał wrażenie. W ciągu urzędowania swego zapłonął niezwykle gorącym afektem do swego przełożonego Y. Nie odstępował go odtąd prawie na krok, czuł się, jak sam w dokładnych swych pamiętnikach zeznaje, najszczęśliwszym w jego otoczeniu. Rozkazy i życzenia jego spełniał najdokładniéj i najspiesznićj; robótkami własnemi i innemi podarkami zasypywał jego i jego rodzinę. Raz w czasie podróży, gdy wypadło obu spać w przyległych pokojach, Z. czuł się nad miarę szczęśliwym. Pod datą dnia tego pisze w swych pamiętnikach sonet poświęcony panu Y., a nadto słowa: „Czarowne wy chwile, w których mogłem być w pobliżu bóstwa

[1]) Casper. *Klinische Novellen z. ger. Medicin.* — [2]) Hammond. *Sexual Impotence in the male.* — [3]) Hofmann. *Real-Encyclop. d. ges. H.* Bd. X, 1882. — [4]) Tarnowsky. *Die Krankhaften Erscheinungen des Geschlechtsinnes.* — [5]) Krafft-Ebing. *Psychopathia sexualis.* — [6]) Tardieu. *Les attentats aux mouers.* — [7]) Lombroso. *Amori anomali. Archiv. di psich.* VI. 1883. — [8]) Mantegazza. *Die Physiologie der Liebe.*

[1]) Numa Numant. *Antropol. Studien über die mannmännliche Geschlechtsliebe* 1869.

mego, w których mogłem się upajać rozkosznym szelestem wonnego jego oddechu i t. d.". Pan Y. wyjeżdżał często bądź z urzędu swego, bądź na wytchnienie. W tych czasach rozdziału Z. przechodził męczarnie tęsknoty, jak o tem dokładne jego pamiętniki świadczą. Kiedy Y. powrócił raz po dłuższéj niebytności, Z. ułożył na stole w jego biórze pęk róż, na które jednak Y. nie zwrócił uwagi i aktami je przygniótł. Z. pisze pod datą dnia tego: „Niewdzięczny! tak długo byłeś ze mną rozdzielony a przywitałeś mnie tak obojętnie! A ja cię kocham i ubóstwiam jak mego ojca najlepszego. Róże złożyłem ci na powitanie, ty zarzuciłeś je aktami i zwiędną pod niemi jak ja zwiędnę bez twéj wzajemności". W tym czasie Z. ulegając namowom rodziny zaręczył się, jednak odległe od miejsca stałego swego pobytu. O narzeczonéj swéj mówił niechętnie i wcale nie okazywał chęci do korespondencyi z nią. Najmilszą rozrywką dlań było patrząc w liczne okazy fotografii swego przełożonego, redagować w dalszym ciągu ckliwe i przykre swe pamiętniki.

Nagle popada w zazdrość o pana Y. W pamiętniku znajduje się ustęp: „Kocham cię, lecz jestem zazdrosny bez granic o ciebie. Nienawidzę ludzi, którzy poufale z tobą się stykają, nienawidzę twéj żony i dzieci". W tym czasie otrzymuje pan Y. coraz częściéj listy bez podpisu, pisane tak zbitem pismem, iż je tylko przy pomocy lupy odczytać można, nie zdradzające przez to pewnego charakteru, po którem autora ich byłoby można poznać. Listy te pełne jadowitéj treści pisze jakiś mężczyzna, wrzekomo skrzywdzony przez pana Y., grożący mu zemstą krwawą. Listy te zaniepokoiły pana Y. i rodzinę jego; sumienie jego najczystsze kazało podejrzywać albo fatalną pomyłkę lub obłąkanie u autora listów.

Z. towarzyszył odtąd na każdym kroku swemu ideałowi, aby go w danym razie obronić przed tajemniczym napastnikiem. Raz wieczorem po odprowadzeniu pana Y. do domu miał Z. spotkac w pobliżu mieszkania pana Y. człowieka, który tajemniczo wpatrywał się w okna mieszkania. Zaskoczony i nagabnięty przez Z., ranił go sztyletem. Potem okazało się, że przypadek ten był zmyślonym, a Z. sam się lekko zranił. Listy z groźbami pochodziły również od niego, a cała machinacyja ta miała na celu zdobycie miłości i wdzięczności pana Y. za wrzekome poświęcanie się.

Wyjaśnienie tego stosunku nastąpiło z chwilą, gdy Z. nie mogąc mimo prawie dwuletnich zabiegów stanąć u kresu swych marzeń, zapadł znacznie na zdrowiu; wtedy to odważył się na wyjawienie swéj żądzy panu Y. Z. oddany został do zakładu leczniczego. (Dok. nast.)

II. Zatrucie karbolowe po opatrunku. — *Scleroderma adultorum* u dziecięcia 5-cio tygodniowego.

Podał

Dr. Rosenblatt.

U dwutygodniowéj dziewczynki, Felicyi L., stwierdziłem ropień wielkości małego jaja kurzego w okolicy prawéj brodawki sutkowéj, jako następstwo zapalenia gruczołu i tkanki okołogruczołowéj, powstałego najprawdopodobniéj wskutek wyciskania mleka z gruczołu, co u noworodków jeszcze teraz często się praktykuje. Na skórze gorącéj i sino-czerwonéj znajdował się gruby pokład maści rozchodnikowéj. W tym samym dniu to jest 19 lutego b. r. przeciąłem ropień, przy czem prócz ropy wypłynęły jeszcze strzępy nekrotyczne, i opatrzyłem ranę gazą jodoformową zwilżoną w 3% roczczynie kwasu karbolowego, lecz dobrze wyciśniętą. Przed operacyją obmyłem skórę dokładnie tymże samym roczczynem. Dziecko, które przez kilka dni było niespokojnem, gorączkowało i wciąż ze snu się budziło, usnęło wkrótce po operacyi i spało bez przerwy kilka godzin, poczem obficie possało i napowrót usnęło. Dopiero około północy zbudziło się znowu i poczęło silnie wymiotować. Przytem kwiliło, stękało, pokaszliwało i nie chciało piersi chwytać. Wkrótce potem nastąpiło szybko po sobie kilka całkiem wolnych, zielonkowatych stolców, wymioty się powtarzały, a wśród tych objawów wystąpił zupełny zapad. Według podania miały rączki i nóżki ziębnąć zupełnie, podczas gdy tułów był gorący, powieki posiniały, oczka zapadły, oddech był bardzo przyspieszony i płytki. Gdy nazajutrz rano przybyłem, zastałem stan następujący: Twarzyczka blada, powieki wpół przywarte, źrenice wąskie, słabo na światło oddziaływające, nosek zaostrzony, zimny, wargi sinawe. Skóra tułowia brudno-oliwkowo zabarwiona, na kończynach dolnych wyraźny rysunek marmurkowy. Ciepłota ciała 36·5°, tętno przyspieszone, bardzo nikłe i ledwo wymacalne, zliczyć się nie daje, natomiast uderzeń serca stwierdziłem na minutę 128 do 136. Oddech płytki, nieregularny i przyspieszony. W płucach zmian nie ma, tony serca czyste, brzuszek nieco tylko zaklęśnięty, wątroba i śledziona prawidłowéj wielkości, stłumienia odgłosu wypukowego nad zatokami biodrowemi nie ma. Wśród badania dziecię nie płacze. Po zdjęciu opatrunku przekonałem się, że mało tylko jest przesiąknięty i że rana nic nieprawidłowego nie przedstawia. Skóra w sąsiedztwie znacznie już bledsza, niż przed przecięciem, żadnego obrzęku ciastowatego nie widać. Ponieważ dziecię czyściło, kazałem sobie podać brudne pieluszki, a tylko rzut oka na nie objaśnił mnie, iż powodem zapadu u dziecięcia nie jest nic innego, jak zatrucie karbolowe. Pieluchy okazywały bowiem cechujące zabarwienie czerwono-zielone, czerwono fiołkowe, a nawet całkiem czarne, jak gdyby atramentem powalane. Zabarwienie to wywołane moczem zajmowało prawie całą środkową część pieluchy a na brzegach było ciemniejsze. Same zaś stolce nie przedstawiały nic osobliwego, były żółto zielone, śluzowate z białemi grudkami serowemi. Opatrzywszy ranę na sucho, bez zatampowania gazą, poleciłem podawanie środków podniecających, żywienie łyżeczką i użycie *calcaria carbonica*. Zapad wkrótce ustąpił, wymioty nie powtórzyły się, rozwolnienie ustało, barwa moczu wyjaśniała, dziecię chwytało znów pierś i spało dobrze, ilość tętna zmniejszyła się, a jakość poprawiła, a po dwóch dniach było dziecię zupełnie swobodnem. Rana goiła się ładnie.

Dziecko widziałem znów dopiero 15 marca i dowiedziałem się, iż już mniéj lub więcéj od dziesięciu dni jest niespokojnem i płacze bardzo często, a rodzice i opiekująca się dzieckiem babka, nie mogą sobie tego wytłómaczyć, bo wypróżnienia były prawidlowe, dziecko nie gorączkowało, nie kaszlało i ssało zupełnie należycie. Najwięcéj płakało podczas przewijania, co oczywiście dało powód do rozpoznania „uchynięcia". Dopiero wezwana akuszerka poczuła stwardnienie skóry na zewnętrznéj stronie obu ud i biodra lewego i radziła wezwać pomocy lekarskiéj. Badanie dziecka wykazało co następuje: Twarzyczka blada, bez wyrazu, cierpienia żadnego nie zdradza. Wejrzenie skóry tułowia i kończyn nie okazuje nic nieprawidłowego. Ramiona i uda wydają się tęższe w stosunku do przedramienia i przedudzi, ostatnie w miernem ustawieniu zgięcia, w ogóle uderza nieruchomość kończyn. Dopiero dotykiem stwierdzić można deskowatą twardość skóry, w postaci nieforemnéj na zewnętrznych stronach obu ramion, jakoteż obu ud. Na ramionach zajmuje ona mniéj lub więcéj $^1/_3$ górną część, począwszy od *processus coracoideus* i przebiega wzdłuż mięśnia *deltoideus* i *triceps* w szerokości 4 do 5 centymetrów. Na udach znachodzi się stwardnienie skóry po nad górną częścią mięśni *vasti externi*, przechodzi po stronie lewéj, nieco nad mięsień *glutaeus*, jest mniéj lub więcéj 10 do 12 centymetrów długie, w części górnéj 6. w dolnéj 3 ctm. szerokie. Twardość jest na całéj téj przestrzeni jednostajną, nadto znajdują się drobniejsze ogniska twarde w jéj obwodzie, czyniące wrażenie powiększonych gruczołów. Ogniska te dochodzą na udach aż do więzadła Pouparta, na stronie wewnętrznéj zaś aż po za mięsień *sartorius*. Na ramionach również wyczuć można guzki twarde w obwodzie jednostajnego stwardnienia. Na reszcie zaś ud i ramion, na przedramionach i przedudziach ani na łydkach stwardnien nie ma. Skóra w miejscach zajętych nie daje się we fałd ująć, natomiast razem z stwar-

dnieniem daje się uchwycić i przesuwać nieco z boku na bok. Za uciskiem palca powstaje białożółta smuga, przyjmująca jednak natychmiast dawniejsze prawidłowe zabarwienie. Nawet po silnem uciśnięciu nie pozostaje żaden dołek. Przy uciskaniu dziecię płacze, wnet jednak się uspakaja, bolesności zatem większéj nie ma. Ciepłota miejsc zajętych nie różni się niczem od ciepłoty reszty skóry. Ciepłota ogólna 36·2, tętno 136, oddechów 32. Nie kaszle, nie kwili, głos przy płaczu doniosły, ssie dobrze, stolce prawidłowe, moczu dość oddaje. Badanie płuc nie stwierdza żadnych ognisk atelektatycznych, ani w ogóle nic nieprawidłowego. Granice serca prawidłowe, tony czyste, dźwięczne, wątroba i śledziona nie macalne. W miejscu przecięcia ropnia znajduje się blizna prawidłowa. Przy łechtaniu podeszew płacze dziecię mocno, lecz nóżki ledwo co kurczy i usuwa, lekkie ukłucie szpilką stwardniałéj skóry płaczu nie wywołuje. Natomiast każda bierna zmiana położenia, to jest wzięcie na ręce, obrócenie na boczek, podniesienie nóżek, połączona z silnym płaczem i zachodzeniem się łzami. Pozostawione w spokoju ma wyraz twarzy swobodny. Mocz, który mi następowo przysłano, był prawie wodojasny, zawierał jednakowoż ślad białka dobrze spostrzegalny.

Śledząc za przypuszczalnym powodem tak rzadkiéj postaci chorobowéj, żadnego poszlaku zebrać nie mogłem. Jest to dziecko rodziców młodych i zdrowych, rok ze sobą pobranych, poród odbył się zupełnie prawidłowo i w prawidłowym terminie, dziecko nie jest zatem przedwcześnie urodzone. Matka ani wśród ciąży, ani w połogu nie chorowała, dziecina w pierwszych dniach ani sapki, ani żółtaczki, ani zatrzymania moczu, ani żadnych innych objawów chorobowych nie okazywała. Jedynem cierpieniem, było tylko stwardnienie i zapalenie gruczołu sutkowego. Mamka karmiąca dziecię była przez jednego z kolegów zbadaną i za zupełnie zdrową uznana.

Ponieważ dziecina kąpieli nie znosiła i w kąpieli, jakoteż po niéj była najniespokojniejszą, radziłem ich zaprzestania, natomiast poleciłem nacieranie stwardniałych miejsc olejem kamforowym, z dodatkiem *spiritus aromatici* i zawijanie go we watę i kilkakrotne mięsienie. Nadto poleciłem zażywanie *kalomelu in dosi refracta*. 18/II stwierdziłem stan miejscowy o tyle lepszy, że stwardnienie skóry daléj się nie powiększyło, tylko pozostało nadal ograniczonem do miejsc pierwotnie zajętych i że ciepłota ogólna wynosiła już 37·3.

23/III już stwierdziłem istotne polepszenie. Chociaż stwardnienie co do swéj rozciągłości pozostało niezmienionem, to przesuwając po niem palcem wyczuć mogłem zagłębienia rowkowate, dzielące dotychczasowy jednostajny naciek na kilka części obok siebie położonych. Za ujęciem całéj części stwardniałéj stwierdzić mogłem większą jéj ruchomość, a mniejsze napięcie, całość jest więcéj elastyczną, a mniéj deskowatą. Zabarwienie skóry jest nieco bledsze, a zatem lepiéj licuje z bladością twarzyczki. Za uciśnięciem palca powstaje smuga więcéj biała, a nie tak słoninowatego wejrzenia jak wprzód. Bolesność przy uciskaniu mniejsza. Dziecię porusza swobodniéj kończynami, czynności trawienia i wydzielania są prawidłowe, sen jest o wiele spokojniejszy.

29 marca mogłem się przekonać o dalszym postępie w leczeniu, bo mogłem stwierdzić istotne zmniejszenie się nacieków tak na ramionach, jak i na udach i rozpadanie się skonsolidowanych dawniéj nacieków na mniejsze i większe ogniska. Dawniejszych grudek w obwodzie pierwotnego jednostajnego stwardnienia wymacać prawie nie mogłem, tu i ówdzie wyczuć tylko było można wysepkę nieco twardszą. Całość zaś robiła więcéj wrażenie obrzęku ciastowatego. Co najważniejsza, że choć skóra nie dała się jeszcze ująć we fałdy, to jednakowoż można było, zbliżając palce ułożone na obu końcach stwardnienia ku sobie, wywołać wyraźne pomarszczenie się skóry.

Dopiero w 16 dni późniéj miałem znów sposobność oglądania dziecka, u którego wśród tego czasu pojawiły się objawy dyspeptyczne, a na karku i potylicy powstawały czyraki. Dziecię zmizerniało dość znacznie w ciągu krótkiego czasu, a wydaje się jeszcze mizerniejszem, ponieważ tak ramiona jak i uda schudły prawie o $^1/_3$ część swéj dawnéj objętości, a skóra na całych kończynach jest jednostajnie bladą. Stwardnienie skóry tak na ramionach, jak i na udach z u p e ł n i e u s t ą p i ł o, skóra wszędzie wiotka, podatna, daje się łatwo we fałdy uchwycić i we wszystkich kierunkach przesuwać. Na skórze zaś potylicy, karku, na uszach, na brzuszku, w pachwinach, na łydkach i na stopach stwierdziliśmy liczne czyraki we wszystkich stopniach rozwoju. W miejscach zaś wprzód stwardniałych czyraków prawie nie ma. Oprócz schorzenia jelit żadnych innych zmian w narządach wewnętrznych nie znalazłem. Zaleciliśmy uregulowanie dyjety i przecięcie wszystkich czyraków, a następnie opatrzenie dermatolem. W kilka dni potem dziecię umarło wśród drgawek.

Przypadek powyższy budzi zajęcie w podwójnym kierunku. Najpierw ze względu na zatrucie karbolowe przy zewnętrznem zastosowaniu, powtóre ze względu na stwardnienie skóry, o którego właściwej istocie w krótkości pomówimy. Zatrucie karbolowe u noworodków, jak w ogóle u dzieci młodszych przy zastósowaniu zewnętrznem nie należy jak wiadomo do wielkich rzadkości. Przypadki podobne opisali w ostatnich czasach Jules Simon, który zauważył je u dziewczyny 22 miesięcznéj, po opatrunku watą karbolową, Broms po opatrunku 10% oliwą karbolową z wynikiem śmiertelnym, Meltzer po opatrunkach 4% karbolowych u dziecka 9 cio dniowego, po obrzezaniu, a przypadek podany przez Dra Strelitza jako choroba Winckela, nie był najprawdopodobniéj też niczem innem, jak zatruciem karbolowem. Nasz przypadek jest o tyle ciekawym, że zatrucie nastąpiło już po pierwszym opatrunku i to za użyciem bardzo małéj ilości 3% kwasu karbolowego i może być przestrogą, ażeby u małych dzieci, które częstokroć okazują wygórowaną wrażliwość względem kwasu karbolowego, tylko bardzo słabych używać rozczynów.

O wiele rzadziéj przydarza się podobne schorzenie skóry, jak powyżéj opisano, zwłaszcza zaś z przebiegiem względnie pomyślnym i tak krótkim stosunkowo czasem trwania. Rozpoznanie choroby w przypadku powyższym wcale łatwem nie było. Chociaż można było wykluczyć odrazu niektóre cierpienia, wywołujące podobne zmiany w skórze jak np. *myxoedema*, *keloid*, *morphaea* (*lepra*) i *syphilis*, to pozostały jeszcze dwie postaci chorobowe, bardzo do siebie zbliżone, a jednak nic wspólnego ze sobą nie mające, *sclerema neonatorum i scleroderma* tak zwane *adultorum*. Wiek dziecięcia nakazywał przedewszystkiem myśleć o *sclerema*, jednakowoż wywiady, stan ogólny dziecięcia, bliższe rozpatrzenie samegoż cierpienia skóry, a wreszcie i przebieg przekonały nas, iż chorobą istotnie była *scleroderma*.

Rozpoznanie nasze oparliśmy na następującym poglądzie: *Sclerema neonatorum*, czyli *scleroedema*, według Soltmanna, lub *sclerema oedematosum* dla odróżnienia od *sclerema adiposum*, symptomatycznego obrzęku tkanki podskórnéj w następstwie biegunek, cholery dziecięcej i innych cierpień z znaczną utratą soków połączonych, to jest deskowate stwardnienie skóry i tkanki podskórnéj, równo z miernym obrzękiem p o j a w i a s i ę p r z e d e w s z y s t k i e m j u ż w p i e r w s z y c h d n i a c h ż y c i a, zazwyczaj najdaléj aż do dnia 6, rzadko tylko w czasie późniejszym. Tylko Hennig widział raz rozpoczęcie się choroby w 18 dniu życia.

Sclerema pojawia się po największéj części u dzieci niedonoszonych, a prawie zawsze u przebywających wśród niekorzystnych warunków hygienicznych. Dlatego stwierdza się przypadki takie w praktyce najbiedniejszych, w suterenach, przytułkach i w domach podrzutków.

Sclerema występuje bez wyjątku równocześnie ze znacznem obniżeniem ciepłoty ciała o 1 lub 2 stopnie. Z wzmaganiem się stwardnienia ciepłota jeszcze więcéj się obniża, nierzadko nawet do 29°C (Soltmann). Verson stwierdził nawet 26° C w jamie ust.

Dzieci cierpiące *sclerema* okazują zazwyczaj zboczenia w narządach oddychania i krążenia, jakoto niedodmę płuc, zapalenia, wady zastawkowe i t. d. Noworodki takie oddychają nieregularnie, śpią ustawicznie, nie mogą dobrze

ssać, wykonywają tylko bardzo leniwo ruchy kończynami, kwilą tylko bardzo cicho.

Sclerema występuje po największéj części najpierw na kończynach dolnych, zwłaszcza na łydkach. Z przedudzi okazuje dążność posuwania się na dół na stopy, z ud zaś, jeżeli tam pierwotnie wystąpi, naodwrót tylko do góry na podbrzusze i pośladki a nie na przedudzia. Podobniez zachowuje się na kończynach górnych. Barwa skóry w miejscach dotkniętych bywa woskowo-biała, czasem biało żółta. Bolesności nie ma, często pojawiają się na miejscach dotkniętych petocie lub wynaczynionki.

Sclerema neonatorum towarzyszą bardzo często powikłania, jako to *omphalitis, phlegmone, icterus*, choroba Winckela i *furunculosis*. Śmiertelność jest bardzo znaczna bo do 90%. Zazwyczaj następuje śmierc przed 8 dniem.

Scleroderma jest wprawdzie, jak nazwa *adultorum* wskazuje, chorobą wieku dojrzalszego, jednakowoż znane są niewątpliwe przypadki tejże choroby nietylko u dzieci starszych ale i u osesków. W ostatnich kilku latach ogłosili przypadki Leprévost u dziewczyny 3-letniéj i u chłopca 7-letniego, Friedländer u dziecka 5 letniego, Giosz u 6-letniego. Z poprzednio znanych 26 przypadków przypada 6 na pierwszy rok życia, z tych Crusego u dziecka 14-dniowego, a Bartha u dziewięcio-miesięcznego. Wiele z przypadków opisanych jako *sclerema* z wyjątkowo łagodnym i pomyślnym przebiegiem tu też prędzéj zaliczyć by wypadało, tak np. przypadek Angel Moneya u dziecka 5-tygodniowego. Podejrzenie wzbudzić musi również łagodny przebieg w przypadkach przez Namiasa podanych, w których na 7 dzieci chorych aż czworo wyzdrowiało.

Scleroderma pojawia się nagle u dzieci zupełnie zdrowych, a jedynym objawem chorobowym jest tylko zajęcie skóry. Stan ogólny, z wyjątkiem niekiedy tylko bólów w miejscach dotkniętych, bywa niezmienionym. Ciepłota ciała nie obniża się, powikłań w narządach wewnętrznych nie ma. Wejrzenie skóry w miejscach dotkniętych bywa albo niezmienionem, albo lekko różowem. Za uciśnięciem powstaje smuga barwy słoninowatej. Cierpienie odkrywa się zazwyczaj tylko przypadkowo za dotknięciem się części stwardniałéj. Bóle jeżeli występują, pojawiają się tylko na początku i na szczycie choroby. Niejednokrotnie stwierdzić można posuwanie się stwardnienia w kierunku nerwów odśrodkowo a zatem z góry na dół.

Przebieg *scleroderma* we wieku dziecięcym bywa bardzo łagodnym i pomyślnym, dochodzi tylko do tak zwanego *stadium elevatum, atrophia* jest stosunkowo rzadką. Na 27 przypadków znanych zmarło tylko troje i to nie bezpośrednio, wskutek samegoż *scleroderma*. Przebieg ten pomyślny tłómaczy Silbermann fizyjologiczną właściwością skóry u dzieci, to jest większą jéj rozciągliwością i szybszą wymianą materyi.

W przypadku naszym nastąpiło zejście śmiertelne nie w skutek samego *scleroderma*, boć zmiany w skórze w zupełności ustąpiły, lecz skutkiem nieżytu jelit i następowéj furunkulozy. Nieżyt jelit był może w związku ze zmianą mamki, bo przy pierwszéj mamce rozwijało się dziecię prawidłowo mimo cierpienia skóry, a wypróżnienia były zawsze prawidłowe.

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

J. Ochotin (Paryż, instytut Pasteura): **O wpływie porażenia naczynio-ruchowego na przebieg zapalenia wywołanego przez streptokoka róży.**

Wpływ miejscowego przekrwienia, powstałego wskutek porażenia naczynio-ruchowego na przebieg zapalenia jest dotychczas kwestyją sporną. Jedni badacze (Virchow, Samuel) są zdania, że przekrwienie takie wywiera wpływ ujemny na przebieg choroby, inni znów (Snellen) doszli do wniosku wręcz przeciwnego. De Paolis i Roger badali wpływ przekrwienia porażennego na przebieg róży i skonstatowali, że róża, zaszczepiona w tkanki przekrwione, przebiega znacznie szybciéj oraz gwałtowniéj aniżeli w tkankach normalnych. Autorowie ci uważali za tkankę prawidłową ucho królika, w którego drugiem uchu wywołano porażenne przekrwienie; ponieważ przy metodzie, jaką się badacze ci posługiwali, ucho takie nie pozostaje prawidłowem, lecz staje się niedokrwistem, wyniki badań tych nie są ścisłe. Ochotin wykonał szereg doświadczeń, używając do każdego doświadczenia 3 królików. Przez wycięcie górnego zwoju szyjowego wywoływał on przekrwienie w jednem, niedokrwistość zaś w drugiem uchu. Jednemu królikowi wstrzykiwał w 24—48 godzin po téj operacyi 0·3—0·5 sz. ctm. osłabionéj hodowli streptokoków róży pod skórę ucha przekrwionego, drugiemu zaś do ucha niedokrwistego; trzeci królik nieoperowany służył jedynie do kontroli jako prawidłowy. Na podstawie doświadczeń tych doszedł autor do następujących wniosków: 1) na przebieg róży u królików ma indywidualna ich odporność wpływ znacznie większy, aniżeli miejscowe przekrwienie lub niedokrwistość; 2) na uchu niedokrwistem przebieg róży jest znacznie łagodniejszym i krótszym, aniżeli na uchu przekrwionem lub prawidłowem; 3) na uchu przekrwionem róża przebiega złośliwiéj, aniżeli na prawidłowem.

Doświadczenia te utwierdzają niejako dotychczasowe postępowanie lecznicze przeciwzapalne tam, gdzie przez zimno, ucisk lub wysokie ułożenie chorego członka staramy się wywołać miejscową niedokrwistość, a zatem złagodzić przebieg zapalenia. (*Archives de médecine experimentale et d'anatomie pathologique*, I re série, Tome IV 1892. Nr. 2).

Dr. K. Klecki.

Choroby wewnętrzne.

Z. Mierzyński: **O znaczeniu prób Günzburga i Boasa.**

Na podstawie doświadczeń z kwaśnym fosforanem wapniowym, nie zawierającym wolnego kwasu fosforowego, a który mimo to dawał odczyn z floroglucyną - waniliną Günzburga i z rezorcyną cukrem Boasa zaznacza autor, że powyższe próby nie dają bezwzględnéj pewności, czy w badanéj treści żołądkowéj znajduje się wolny kwas solny czy nie. Powstające bowiem na miseczce porcelanowéj zabarwienie może pochodzić tak samo od kwasu solnego, jak i od kwaśnego fosforanu wapniowego, który według Biddera, Klemperera i kilku innych autorów stale można wykazać w treści żołądkowéj. (*Gazeta Lek.* Nr. 20, 1892).

Dr. L. Korczyński.

Chirurgija.

I. Ziemacki (Pułtawa): **Bromek etylu w chirurgii.**

Autor zastanawia się nad wartością znacznego szeregu środków znieczulających, ilustrując je bogato zebraną literaturą. Między innemi zastanawia się nad chlorkiem metylenu tyle zachwalanym przez Spencer Wellsa w miejsce chloroformu. Środek ten jednak według dokładnych doświadczeń Regnaulta, będący mieszaniną 4 objętości chloroformu i 1 objętości alkoholu metylenowego, równa się w działaniu zupełnie chloroformowi. Bromek etylu (C_2H_5Br) posiada już wcale pokaźną literaturę. Przedstawia on płyn bezbarwny o zapachu słodkawym, zbliżonym do chloroformu. Jeśli posiada nieco nieprzyjemną woń, nie nadaje się do użytku lekarskiego, nawet gdyby był chemicznie czystym.

Autor podjął doświadczenia z środkiem tym, rozpoczynając od samego siebie i kilku swych kolegów. Wrażenia swe wśród narkozy doznane opisuje w następujący sposób: Wdech pierwszy jest nieprzyjemnym, ale wystarcza już do znieczulenia błony śluzowéj dróg oddechowych, przez co czyni następne wdechy obojętnemi. Od dołka podsercowego rozchodzi się wkrótce po całem ciele z najdzwyczajną szybkością uczucie dziwnego ciepła, przyczem na dłoniach czuje się mrowienie. Równocześnie zaczyna się szum i tętnienie w uszach podobne do odgłosu, jaki się słyszy przy rąbaniu drzewa w lesie. W tym okresie uczucie dotyku jest utrzymane przy zupełnéj analgezyi ciała. Wreszcie nagle nastaje utrata przytomności. Obudzenie jest szybkie, a wtedy wydaje się, jakoby się było w śnie pogrążonym przez tysiące lat. Stosuje się go, skrapiając zwykłą maskę ilością

od 5—10 gramów. W czasie narkozy zauważa się przyspieszenie oddechu, zaczerwienienie i poty; nudności nie spotyka się nigdy, wymioty wydarzają się rzadko. Bromek etylu nadaje się tylko do narkoz krótkotrwałych, gdyż dłużéj nad 10 minut stosowany wywołuje znaczne pogłębienie i przyspieszenie oddechu, a nadto drgawki, a czasami nawet pobudzenia szałowe.

Jeżeli zestawimy działanie jego w porównaniu z chloroformem, okazuje się, że bromek etylu wywołuje najpierw analgezyję z utrzymaniem czucia dotyku; przytomność jest utrzymana, brak bredzenia; chloroform zachowuje się przeciwnie. Bromek etylu znosi potem i czucie dotyku, a ośrodków nie czyni pobudliwszemi w początku narkozy; natomiast wywołuje spastyczne napięcie mięśni, które wzróść może do do stopnia skurczów klonicznych, a nawet napadów szałowych; utrata przytomności nastaje po nim zupełna, lecz powrót jéj szybkim jest i bez przykrych objawów.

W końcu podaje autor fizyjologiczne wytłómaczenie szybkości działania bromku etylu. Zdaniem autora przyczynę upatrywać należy w tem, iż punktem wrzenia bromku etylu jest ciepłota krwi, t. j. 38 lub 37° C., w któréj zatem jako gaz wysoką prężność mający posiada łatwość dyfuzyi. Ponieważ składa się z bromu, jednego z najdzielniejszych środków uspakajających, i etylu, t. j. węgleku wodu w całéj grupie węgleków najmniéj szkodliwego dla organizmu, zatem nawet według tego teoretycznego rozumowania jako bezpieczny a dobry środek znieczulający nadaje się znakomicie do krótkich narkoz. *(v. Langenbeck's Archiv.* B. XLII zeszyt 4). *Dr. Wachholz.*

Choroby dzieci.

Ortner: **Przyczynek do bielicy u dzieci.**

Autor opisuje przypadek bielicy u dziewczynki $8\frac{1}{2}$ miesięcy liczącéj z przebiegiem przewlekłym, bezgorączkowym, rozpoznany za życia a stwierdzony na stole sekcyjnym. Jako moment etyjologiczny téj choroby uważa autor skłonność odziedziczoną po ojcu, człowieku starym, wycieńczonym, schorzałym, pozbawionym sił żywotnych. Dziedziczność ta objawiała się u 9 starszych dzieci w postaci krzywicy w coraz cięższéj formie, a u 10-go obok krzywicy wystąpiła bielica. Ztąd też O. przypuszcza, że wszystkie przypadki cięźkiéj krzywicy, którym towarzyszy obrzęk śledziony, gruczołów, ból w kościach, niedokrewność, leukocytoza, wogóle zmiany we krwi, nazwane przez Jakscha *anaemia infantum pseudoleukaemica,* stanowią przejście bielicy. Rozpoznanie właściwe téj choroby opiera się na badaniu krwi, dlatego też jedynie przypadki Hayema uważać należy za prawdziwe, wszystkie inne są mniéj lub więcéj niepewne. Krew w przebiegu bielicy okazuje zmiany ilościowe pojedynczych składników morfotycznych, t. j. zmieniony stosunek ciałek białych do czerwonych, zmienioną ilość hemohlobiny, co jednak nie jest tak charakterystyczne, jak zmiany jakościowe. Albowiem znaczna ilość ciałek krwi czerwonych jądrzastych (skąpą ich ilość według Hayema znajduje się w przebiegu każdéj anemii u oseska), jakoteż wielka ilość ciałek białych najrozmaitszéj wielkości, jedno lub kilkojądrzastych, to są cechy rozpoznawcze bielicy. *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde und physische Erziehung,* B. XXXI!, Heft 3, 1891).

Mettenheimer: **Leczenie krzywicy za pomocą fosforu.**

Nie można odmówić fosforowi wpływu swoistego na przebieg krzywicy, w jakiéjkolwiek postaci środek ten podajemy, czy w oliwie czy w tranie lub olejku migdałowym według przepisu Kassowitza. Po dłuższem podawaniu fosforu dzieciom można zauważyć bardzo często przypady żołądkowo-kiszkowe, które według zdania Mettenheimera wywoływane być mogą albo przez fosfor, jako taki albo przez tłuszcz. Aby to rozstrzygnąć, podaje autor fosfor w następującéj postaci: *Phosphori puri 0,01, S in ol. menth. piper. aeter. 1,00, Spiritus sulph. aeth. 14,00,* DS. 1—3 razy dziennie po jednéj kropli na cukier, do wody cukrzonéj lub do mleka.

Autor wykazał, że dla każdego dziecka istnieje odrębna granica pod względem ilości fosforu, po przekroczeniu któréj występują objawy zadraźnienia przewodu pokarmowego. Na rozwijającą się krzywicę czy to w postaci zmiany Elsässera *(craniotabes)* lub kurczu głośni, czy to w postaci zgrubień przyrostków kości, wywiera wpływ nader skuteczny. Niemniéj skuteczne działanie przypisać trzeba środkowi temu wobec biegunek uporczywych, cechujących chorobę angielską, nie dających się w żaden inny sposób usunąć. Jednakże przekroczenie granicy fosforu, jaką dziecko znosi, zwiększa jeszcze te przypadłości. Na przebytą krzywicę, a więc u dzieci powyżéj lat 5, fosfor nie wywiera wpływu żadnego lub bardzo nieznaczny. *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde u. physische Erziehung.* B. XXXII, Heft 3, 1891). *Dr. Bolesław Komorowski.*

Choroby nerwowe.

M. Sternberg: **Drożność** *(Bahnung)*, **znużenie** *(Ermüdung)* **i zatamowanie** *(Hemmung)* **odruchów ścięgnistych.**

Wbrew twierdzeniu E. T. Reicherta dowodzi autor na podstawie licznych, nadzwyczaj ciekawych i pouczających doświadczeń, że w odciętym od mózgu rdzeniu pacierzowym można takie zmiany wywoływać, których bezpośrednie następstwo jest zmiana jakości i siły odruchów ścięgnistych. Zmiany te można dowolnie stopniować za pomocą drażnienia nerwów czuciowych lub włókien średniordzeniowych. I tak przekonał się St., że po odcięciu rdzenia pacierzowego od mózgu u królików, podczas drażnienia nerwu łydkowego występuje zatamowanie odruchów. U psa wywoływał autor przez drażnienie włókien średniordzeniowych prądem przerywanym znużenie lub drożność odruchów, stosownie do tego czy odruchy te były przed doświadczeniem silne lub słabe. Nie wyklucza to jednak, jak sam autor przyznaje, możności, że i stan w jakim się mózg znajduje, t. j. czy jest dostatecznie krwią odżywiany lub nie, wywiera pewien wpływ na jakość odruchów ścięgnistych, dowodem czego spostrzeżenia Prusa (Przegląd Lek. 1885), Adamkiewicza i Schwarza. *(Sitzungsberichte der k. Akad. d. Wissenschaft in Wien.* 11 Juli 1891). *W. G.*

Choroby umysłowe.

Doc. K. Żuławski: **O urojeniach.**

Bezsprzecznie urojenia o ile są częstym objawem obłąkania, o tyle mają w dyjagnostyce chorób umysłowych doniosłe znaczenie. Uwzględniając to, przedstawił je autor w formie zwięzłéj, objaśniając pozorne sprzeczności trafnemi przykładami. Określiwszy urojenie jako myśl zmienioną chorobowo pod względem treści i niezgodną z rzeczywistością, podaje, jak łatwo możnaby je wziąć za zwykły błąd. Wykazując różnice na przykładach istotnie pouczająco zebranych, zwraca uwagę na te postacie urojeń, których treść nieznacznie tylko zbacza od ogólnego pojmowania. Ze względu na treść autor przyjmuje podział urojeń o treści biernéj, ujemnéj i czynnéj, dodatniéj, a obie kategoryje zawierają jeszcze poddziały. I tak do pierwszéj należą urojenia przewinienia, zubożenia, maleńkości, hypochondryczne, przedstawiające się w najwyższych stopniach jako urojenia przeobrażenia; wreszcie urojenia opętania, prześladowania, obserwacyjne i niewiary małżeńskiéj. W kategoryi drugiéj spotyka się zboczenia samowiedzy pod względem stanu zdrowia fizycznego i umysłowego, a w niczem nie przypominające rzeczywistości, jak urojenia wielkości, płciowe, erotyczne, religijne itp.

Z pod systematycznego grupowania usuwają się urojenia metaboliczne, gdzie chory zamienia osoby z otoczenia w inne, dotąd niewidziane i urojenia palingnostyczne, wśród których wszystko i wszyscy choremu znane.

Przypominając powszechną dawniéj wiarę w tak zw. stałe myśli, zaznacza autor o ile to mniemanie było błędnem a nawet i szkodliwem, gdyż ustalenie się takiego jednego urojenia przedstawia częstokroć wyższy stopień choroby. Uderzająca prawidłowość, jaka występuje wśród pewnych stanów chorobowych, utrwalić winna w przekonaniu, że poszczególne rodzaje urojeń zależne są od pewnych spraw chorobowych w mózgu. Wytłumaczeniem, w jaki sposób mogą powstawać urojenia, a zatem drogą psychologiczną

i pierwotnie, kończy autor rozprawę, jasnością wykładu dostępną i nielekarskiéj publiczności. (*Rozprawy z zakr. med. prakt.*, zeszyt II). *Dr. Paweł Radecki.*

Choroby uszne.

Treitel (Berlin): **O chorobach usznych w przebiegu wiądu rdzenia.**

Poszukiwania autora potwierdzają zapatrywanie, że zaburzenia narządu słuchowego w nielicznych tylko przypadkach występują w przebiegu uwiądu. Między 20 tabetykami 5 tylko skarżyło się na upośledzenie słuchu, z tych trzech miało przypadkowe powikłanie, 2 niedosłyszenie nerwowe, jak to wynika ze znacznego zmniejszenia bystrości słuchowej (*Hörweite*) dla mowy, przewodzenia kostnego dla tonów strojnika i percepcyi dla tonów wysokich. Obok tego istniały najprawdopodobniéj zmiany stwardnienia w uchu środkowem, jak to dalsze badanie wykazało. Zdaniem autora należy te zmiany w narządzie głos przewodzącym przypisać zaburzeniom odżywczym na podstawie wiądu w uchu rozwiniętym. Bezczułość n. troistego w jednym przypadku wykazana nie stoi w żadnym związku z temi zmianami odżywczemi. Jak bowiem dalsze obserwacyje pouczyły, taka bezczułość może się pojawić bez towarzyszącego zaburzenia słuchu, jak również zmiany odżywcze w uchu środk. mogą istnieć przy braku nieczułości n. troistego. Stałego lub częstego powiększenia pobudliwości elektrycznéj n. słuchowego, jakiego zdaniem Gradenigi w chorobach mózgo-rdzeniowych spodziewać się należy, jakoteż zniesienia przewodnictwa kostnego na znieczulonych miejscach skóry głowy, autor w swoich przypadkach stwierdzić nie mógł. Przypuszczenie, że dane zaburzenie słuchu zawisło od cierpienia rdzenia pacierzowego, usprawiedliwione jest wtedy, gdy przytępienie słuchu objawiło się dopiero po wyraźnem wystąpieniu objawów początkowych wiądu i jeżeli przedtem żadnéj choroby usznéj nie było, wreszcie pod warunkiem, że wynik badań przedmiotowych nie stoi w sprzeczności z podaniami wywiadowemi. (*Ztschr. f. Ohrenheilkunde* Bd. XX, H. 3 i 4).

Dr. Spira.

Medycyna sądowa.

H. König (Hermannstadt): **Działanie konserwujące wody szybu „echo“ w Vizakna.**

Po silnéj nawalnicy, jaka nawiedziła okolicę Hermannstadtu w Siedmiogrodzie w lipcu 1890 r. zauważono w dawno zarzuconym szybie „echo“ w miejscowości kąpielowéj Vizakna nagły przypływ wody solankowéj, z któréj wyłowiono kilka trupów ludzkich doskonale zachowanych, okazujących rany i kanały postrzałowe i rany cięte.

Były to zwłoki honwedów węgierskich, którzy dnia 4 lutego 1849 walcząc pod wodzą jenerała Bema padli trupem. Zwłoki zabitych wrzucono wówczas do szybu echo, stale wodą słoną zalanego, gdyż ciężka zima nie pozwalała na wykopywanie grobów.

Autor który miał sposobność oglądać i sekcyonować zwłoki te, doszedł do przekonania, że woda szybu „echo“ posiada własności konserwujące, a przekonanie to swoje stwierdził doświadczeniami własnemi. Solanka ta w przybliżeniu zawiera: chlorki sodu, potasu, magnu, wapniu, jodek sodowy, siarkan sodowy i wapniowy.

Wnioski autora są następujące: Solanka szybu „echo“ posiada zadziwiające własności konserwowania zwłok ludzkich. Przenika ona na wskroś całe ciało w niéj zanurzone i dociera nawet do szpiku kości. Nie działa niszcząco nawet na najdelikatniejsze tkanki. Z biegiem czasu tworzą się w jamach zwłok w solance téj zanurzonych krystaliczne złogi soli w skład wody wchodzących. Ponadto przekonał się K. że woda stawu okolicznego Tököly podobny skład chemiczny mająca jak solanka szybu „echo“ u kąpiących się w niej, przenika skórę, gdyż w każdym przypadku mógł po kąpieli w moczu i ślinie wykazać jod, za dolaniem kwasu azotowego dymiącego i skłóceniem z chloroformem, wobec wolnego jodu czerwono się barwiącym. Na zasadzie tych własnych spostrzeżeń dochodzi B. do przekonania, iż ludzka skóra dla składników solnych jest przenikliwą i że solanki wszelkie w ten sposób znakomite lecznicze oddają usługi. *Wiener Medic. Bl.* Nr. 18. R. 1892).

Wilcox: **O przypadkach śmierci nagłéj z niewyjaśnionéj przyczyny.**

Wedle wykazów statystycznych wydarza się w Anglii dorocznie 3000 przypadków śmierci nagłéj, w których przyczyny śmierci sekcyja nie jest w stanie wykazać. Dla medycyny sądowéj doniosłe ma znaczenie zapoznanie się z temi formami chorób, które niespodziewanie nagłą śmierć wywołują. Znane są choroby o dłuższym zwykle przebiegu, które nierzadko aż do chwili nagłéj śmierci żadnym groźnym objawem się nie zdradziły. Tak znanym jest *typhus ambulatorius* i dzięki ogłoszeniom prof. Hofmanna w Wiedniu *pneumonia crouposa, peritonitis* i *meningitis ambulatoriae.* Lesser podaje przypadek dotyczący osoby zresztą zdrowéj, która przy myciu się nagle zmarła; sekcyja wykazała wrzód przebijający ścianę jelita. U klowna, który w czasie przedstawienia w cyrku padł nagle trupem, wykazała sekcyja wielki gruzełek w mózgu. U 9-miesięcznego dziecka, które również zmarło nagłą śmiercią, znaleziono niedokrewność tak w białéj jak szaréj istocie mózgu tak znacznego stopnia, że obie istoty mózgowe były śnieżnéj białości (*white as snow*). Przerażenie bywa często powodem nagłéj śmierci. Nierzadko śmierć nagła następuje wśród objawów udaru mózgowego a sekcyja nie jest w stanie wykazać żadnego ogniska udarowego. Również często przyczyną nagłéj śmierci bywają choroby serca, jak stłuszczenie serca, zwyrodnienie tegoż brunatne, przerost tegoż, tętniaki, zatory tłuszczowe, ostry obrzęk płuc itd. Czasem pęknięcie torbieli jajnika, ciąża pozamaciczna, przewlóczne zapalenia w przewodzie pokarmowym wśród nieznacznych objawów przebiegające, stanowią jedyną przyczynę nagłéj śmierci. W końcu podaje autor własny przypadek, w którym ostre zapalenie przewodu pokarmowego nakazywało podejrzywać otrucie arszenikiem; badanie chemiczne atoli obecności arszeniku nie wykazało. *Friedreichs Blt. f. ger. Med.* H. III, 1892).

W styczniu rb. otrzymał zakład krakowski medycyny sądowéj zwłoki mężczyzny do sekcyi sądowéj. Obok dawniejszych zmian gruźliczych w płucach znaleziono rozległe świeże zapalenie otrzewny z złogami wypociny włóknikowéj i ropnéj. Mężczyzna był zdrowym zupełnie a zmarł w 12 godzin po uderzeniu go w żarcie blaszaną łopatką ważącą 350 grm. w okolicę podbrzusza. Pęknięcia któregokolwiek z narządów brzusznych mimo skrzętnego poszukiwania przy sekcyi nie wykryto. Widocznie istniejące już poprzód zapalenie otrzewny, a przebiegające bez objawów (*peritonitis ambulatoria*) już po lekkim urazie tak się zaostrzyła, iż dała powód do szybkiéj śmierci.

Prof. Paltauf (Praga): **Stężenie pośmiertne ze względu na otrucia.**

P. przytacza wszystkie teoryje tłómaczące przyczynę stężenia pośmiertnego; teoryje te bądźto kładą główny nacisk na system nerwowy, bądźteż na zwiększoną kwasotę w pierwoszczu mięśni i krzepnięcie myosyny. Doświadczenia P. wykazały, że strychnina w małych dawkach żadnych wybitnych wyników co do stężenia trupiego nie daje, w większych dawkach podana wywołuje już w 5 minut stężenie. Pikrotoksyna w 6 minut już wywołuje zupełne stężenie całego ciała. Kamfora również przyspiesza stężenie. Natomiast weratryna i ezeryna nie okazały żadnego wybitnego wpływu. (*Wien. med. Wschrft.* 1892, Nr. 14). *Dr. Wachholz.*

Weterynaryja.

Doc. Walentowicz: **O wartości rozpoznawczéj tuberkuliny Kocha w perlicy bydlęcéj.**

Dotychczasowe publikacyje o wartości rozpoznawczéj tuberkuliny Kocha w perlicy u bydła wykazujące, że bydło rogate dotknięte tą chorobą jest bardzo czułe na jad tuberkuliny, skłoniły autora do przedsięwzięcia w tym kierunku doświadczeń. W tym celu wstrzykiwał on dwukrotnie w odstępach 1-dniowych pięciu krowom holenderskim zupełnie zdrowym po 0·5 cm.^{3} limfy Kocha, rozcieńczonéj dziesięciokrotną ilością $^1/_2$% roczynu kwasu karbolowego, przy zachowaniu wszystkich warunków antiseptycznych. W 9 go-

dzin po obu zastrzyknięciach okazywała krowa $3\frac{1}{2}$ letnia podwyższoną ciepłotę, po pierwszem wstrzyknięciu do 41·5° C., po drugiem do 41·6° C. Ponieważ takie stałe podnoszenie się ciepłoty ciała musiała wzbudzić podejrzenie istnienia perlicy, przeto celem sprawdzenia została rzeczona krowa zabitą i sekcyjonowaną. Po zabiciu okazało się jednak, że oprócz nieznacznego stopnia *distomatosis*, krowa była tak dalece zdrową, że mięso i trzewa z niéj pochodzące za koszerne uznane zostało. (*Oest. Monatsschrift f. Tierheilkunde*, Nr. 7, 1892). *Pon.*

Otrucia.

Sackur: Wtarcie szaruchy — zatrucie z przebiegiem śmiertelnym.

W styczniu b. r. przyjęto do szpitala Wszystkich Świętych w Wrocławiu 20 letnią dziewczynę z powodu objawów zakażenia septycznego. Chora miała na lewéj dłoni głębokie rozpadliny (*rhagades*), które miały dać powód do zapalenia ropnego tkanki podskórnéj. Lekarz zalecił jednorazowe wtarcie 5·00 szaruchy w rozpadliny celem wstrzymania zapalenia. Dziewczyna zapadła już w krótkim czasie po wykonaniu zlecenia lekarza wśród ciężkich objawów, jak ustawicznego wymiotowania treścią zielono zabarwioną, zawrotów głowy i omdleń. Badanie szpitalne wykazało obok niedokrewności znacznego stopnia i znacznego osłabienia naciek wiotki, galaretowaty przedramienia lewego. Wykonano nacięcie nacieku, przyczem treść surowiczą z rany dobywającą się poddano badaniu bakteryjologicznemu — jednak z zupełnie ujemnym wynikiem. Przedramię opatrywano starannie środkami przeciwgnilnemi, przeciw wymiotom ciągłym polecono nastój makowcowy i będźwinian sodowy. Drugiego dnia pobytu choréj w szpitalu wystąpiły krwawe biegunki a obraz poprzednio podobny do posocznicy (śledziona jednak obrzękłą nie była, ciepłota prawidłowa) zmienił się na obraz dysenteryi. Trzeciego dnia wystąpiła obok istniejących biegunki krwawéj i morzyska, anuryja, znaczna *stomatitis* i *gingivitis*. W czwartym dniu objawy te wzmogły się znacznie, ślinianki podszczękowe obrzękły, osłabienie zwiększyło się tak, iż chora zmarła tegoż dnia w nocy. Sekcyja częściowa narządów wewnętrznych wykazała liczne wybroczyny w jelitach, w nerkach, obumarcie przybłonka w ceweczkach i zwapnienie tegoż, w śledzionie nic nieprawidłowego, w wątrobie przybrzeżnie ułożone kępy anemiczne.

Pod koniec obserwacyi szpitalnéj rozpoznano otrucie ostre rtęcią. Przypadek rzadki, a ponadto wielkie jego podobieństwo z obrazem posocznicy, a następnie dysenteryi skłonił autora do ogłoszenia. Że 5·00 szaruchy było powodem śmiertelnego zatrucia, tłómaczy S. raz zastosowaniem rtęci na skórę ciała przyskórka pozbawioną, a wreszcie, co ważniejsza, istniejącą idyjosynkrazyją do rtęci u dziewczyny. (*Berl. klin. Wschrft.* Nr. 25, 1892). *Dr. Wachholz.*

IV. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

Uczestnicy Zjazdu zgromadziwszy się we wtorek dnia 12 lipca o godzinie 8 rano, zwiedzili pod kierownictwem prof. Rydygiera klinikę chirurgiczną, co wobec tego, że wszyscy członkowie Zjazdu urządzenie kliniki dobrze znali, i że większość tam się znajdujących chorych miała być podczas odpowiednich odczytów przedstawioną, stosunkowo niewiele zajęło czasu. Następnie udano się do oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika, gdzie Dr. Raczyński demonstrował dziecko dotknięte krupem, u którego wykonano intubacyję krtani sposobem O'Dwyera, okazał narzędzia służące do intubacyi oraz sposób jéj wykonania, przyczem prof. Jakubowski w kilku słowach podał uwagi o wskazaniach do tego rękoczynu, o chwili stosownéj do wykonania intubacyi i do wyjęcia rurki.

O godzinie 10-éj rozpoczęło się I. posiedzenie Zjazdu w klinice chirurgicznéj. Posiedzenie zagaił przewodniczący prof. Rydygier krótkiem przemówieniem, w którem dziękował zebranym uczestnikom, a szczególnie kolegom wojskowym a na ich czele c. k szefowi sanitarnemu Drowi Huberowi za przybycie na Zjazd. Przedstawiając następnie sprawę wydawnictwa „Pamiętnika Zjazdu“ podał przewodniczący do wiadomości członków, że koszta tego wydawnictwa są tak znaczne, że sprowadziły dotąd deficyt w wysokości 500 złr. Aby w przyszłości temu zapobiedz, Zarząd Zjazdu uchwalił w następnych rocznikach Pamiętnika umieszczać tylko streszczenia wykładów, które i tak gdzieindziéj *in extenso* bywają ogłaszane, natomiast podawać szczegółowo dyskusyje nad wykładami odbyte.

Następnie wybrano jednogłośnie na wniosek prof. Obalińskiego wiceprezesami Zjazdu Drów Dembowskiego z Wilna i Schramma ze Lwowa; sekretarzem wybrano dotychczasowego sekretarza doc. Bossowskiego, skarbnikiem również dotychczasowego skarbnika doc. Trzebickyego

Dr. Ziembicki prosi przewodniczącego, aby w przyszłości termin Zjazdu wcześniéj ogłaszano, gdyż, jak mu kilku kolegów z Królestwa doniosło, nie mogli z powodu późnego ogłoszenia terminu na czas przygotować wykładów.

Przewodniczący przyrzeka zastosować się w przyszłości do tego żądania.

Dr. Obtułowicz wnosi, aby Zjazd w r. 1893 odbył się w październiku, na który to miesiąc przypadnie otwarcie pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza.

Sprzeciwiają się temu Dr. Schramm i prof. Obaliński, twierdząc, że wielce jest wątpliwem, aby pawilon chirurgiczny w oznaczonym czasie został ukończony.

Wykłady rozpoczął prof. Obaliński od odczytu: „O leczeniu gruźlicy stawów i kości“.

Sprawę leczenia gruźlicy stawów i kości postanowili poruszyć mówca i prof. Rydygier podczas dyskusyi o tym samym przedmiocie odbytéj na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie, gdy w toku dyskusyi pojawiły się zdania poważnych chirurgów, że należy porzucić resekcyję a postępować wyłącznie konserwatywnie.

Dopiero od lat 20 znamy właściwą etyjologiję gruźlicy stawów; przedtem gdy nie znano istoty téj choroby leczono wyłącznie zachowawczo, a gdy wyniki tego leczenia okazały się niepomyślnemi, wpadano w drugą ostateczność i amputowano niemiłosiernie wszystkie kończyny gruźlicą dotknięte. Dopiero od czasu zaprowadzenia antiseptyki i od czasu gdy badanie anatomo-patologiczne i bakteryjologiczne stało się powszechne, pokazało się, że najlepszą drogą jest pośrednia i odtąd najczęściéj wykonywano: resekcyję, artrotomiję i artrektomiję. W ostatnich czasach chirurdzy wracają do leczenia konserwatywnego, ale nie do gnuśnego wyczekiwania, lecz stosują miejscowo środki specyficzne przeciw gruźlicy. Aby poznać, które postępowanie jest najlepsze, należałoby zbierać daty tyczące się leczenia i dalszego przebiegu gruźlicy stawów i kości, postępować tak jak to czynią Zjazdy niemieckie z badaniem narkozy.

Mowca przedstawia wyniki leczenia operacyjnego gruźlicy stawów w ostatnich 18 latach w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza, które w sposób nader instruktywny przedstawił na osobnéj tablicy. Z zestawienia tego wynika, że resekcyja i artrektomija dają wcale pomyślne wyniki i że niepojętem jest przeto, dlaczego rękoczyny te chcą w czambuł porzucić. W ciągu praktyki swéj zauważył nieraz prof. O. że przypadki napozór lekkie, w których wydaje się, iż artrektomija jest za ciężkim zabiegiem, przebiegają bardzo niepomyślnie pomimo resekcyi lub nawet amputacyi, podczas gdy inne ciężkie przypadki z rozległem zniszczeniem kości kończyły się wyleczeniem.

Mówca przypuszcza, że muszą tu istnieć dwa odmienne cierpienia, których my dotąd nie jesteśmy w stanie odróżnić i uważamy je za gruźlicę. U zwierząt znaną już jest ta forma odmienna, lżejsza pod nazwą gruźlicy wrzekoméj (*pseudotuberculosis*).

Mówca ubolewa, że mając szczupłą liczbę pomocników, nie może przeprowadzać ścisłych badań, które ze względu na przebieg i leczenie omawianego cierpienia są nader wa-

żne i konieczne. Z tego powodu bardzo pożądanem by było aby te liczne stypendyja, któremi Wydział krajowy rozporządza, rozdawano nietylko udającym się za granicę, ale w znacznéj części tym, którzyby pozostali w kraju i w zakładach naszych pracowali. W końcu mowca prosi, aby Zjazd uchwalił, że wszyscy którzy posiadają zakłady zechcieli podjąć badania nad leczeniem gruźlicy kości i stawów i wyniki swoich badań przedstawiali na przyszłych Zjazdach chirurgów.

Przemówienie prof. Obalińskiego przyjęli zgromadzeni żywemi oklaskami, a przewodniczący w imieniu członków Zjazdu wyraził mowcy szczere podziękowanie, przyczem nadmienia, że dyskusyja nad tym przedmiotem odbędzie się po drugim z rzędu wykładzie, mającym omawiać ten sam przedmiot.

II wykład. Dr. Śmiechowski: Leczenie gruźlicy stawów i kości kwasem cynamonowym sposobem Landerera.

Mowca referował pracę Landerera o stosowaniu emulsyi z kwasu cynamonowego w przebiegu gruzlicy kości i stawów i przedstawił własne obserwacyje, które jednak nie są jeszcze doprowadzone do końca z powodu krótkiego czasu stosowania téj metody. W obserwowanych przypadkach stosowano wyłącznie kwas cynamonowy, w jednym przypadku, gdzie podmiotowo ustąpiły nadzwyczaj silne bóle w stawie kolanowym, objektywnie przykurczenie dało się w znacznéj części bez bólu i stosowania gwałtownych środków wyprostować i chora jest na najlepszéj drodze. W innych przypadkach stosowano jodoform przedtem, pomimo to rezultat nie jest tak bijący w oczy. (C. d. n.)

We środę wieczór tak jak corocznie prof. Rydygier, jako przewodniczący Zjazdu, podejmował u siebie członków Zjazdu i wielu innych kolegów, tym razem w pięknéj wilegiaturze swéj w Mydlnikach pod Krakowem. Zebrało się kolegów kilkudziesięciu, którzy śród miłéj zabawy aż do późnéj nocy korzystali z serdecznéj gościnności gospodarza. Śród nader licznych toastów, pomiędzy którenu jak zawsze toast wzniesiony przez czcigodnego Rektora Uniw. Jagiell. X prałata Chotkowskiego najwięcéj budził zajęcia, i gry kapeli wojskowej znanego i cenionego w Krakowie mistrza Hocka, ledwie spostrzeżono się, że zebranie zapowiedziane na 13 lipca, przeciągnęło się na 14 lipca. Szczytem zabawy było ofiarowanie pięknego, artystycznie wykonanego albumu pamiątkowego inicyjatorowi Zjazdów chirurgów polskich, ozdobionego fotogramami członków ze wszystkich dzielnic polskich, przy wręczeniu którego kol. Ziembicki, prymaryjusz lwowski, przemówił wymownie i serdecznie w imieniu kolegów chirurgów polskich.

V. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 14 lipca. Cholera grozi nam swemi niepożądanemi odwiedzinami, zbliżając się równocześnie z dwóch stron. Niedawno temu pojawiła się w Baku nad morzem Kaspijskiem, zkąd rozszerzyła się na liczne miejscowości kaukazkie i dostała się do Astrachanu, a więc wkroczyła przez tę bramę, którędy i pierwsza epidemija cholery dostała się do Europy a postępując wzdłuż Wołgi nawiedziła Carygród i Saratów. Z drugiéj strony grozi Europie wtargnięcie cholery drogą morską od Zachodu, a mianowicie z Abissynii, dokąd się dostała z Indyj. W Petersburgu i we Wiedniu władze sanitarne zajmują się już zarządzeniem odpowiednich środków zapobiegawczych.

* Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jag. pp. Karol Jan Höschl z Golejowa w Król. Polskiem i Roman Jędrzéj Małaczyński z Buławy w Galicyi.

* W tygodniu 26-tym (od 26 czerwca do 2 lipca) było w Krakowie małżeństw 17, urodzeń 46, skonów 54, z tych z gruźlicy 11, z nieżytu żołądka i jelit 10, z zapalenia płuc 9.

* W Krynicy było do dnia 4 lipca gości 1507, — w Szczawnicy 768, — w Pyszczanach 1703.

* Dr. Odo Bujwid z Warszawy powołany został na kierownika stacyi bakteryjologicznéj w Odesie, — tak donoszą gazety fachowe rosyjskie.

* **Wiedeń**. Na ostatniem posiedzeniu Wydział lekarski wybrał komisyję, w skład któréj wchodzą proff.: Hofmann, Kahler, Kundrat i Nothnagel, celem proponowania następcy po prof. Meynercie.

* **Odznaczenia**. Dr. med. Gutmann (krakowianin), od lat kilkunastu pracujący jako pomocnik w biórze dziekanatu Wydziału lek. we Wiedniu, otrzymał tytuł Radzcy cesarskiego.

* Od szan. kolegi Dra Ściborowskiego w Szczawnicy otrzymaliśmy list następujący:

„Wyczytawszy w Nrze 28 „Przeglądu Lek.“ w Wiadomościach bieżących list p. Zahradnika, wyrażający zadziwienie nad mojem sprostowaniem zamieszczonem w Nrze 27 „Przegl. Lek.“, a zarazem odebrawszy list od p. Zahradnika do mnie adresowany — udałem się powtórnie do apteki p. Jezierskiego i na składzie znalazłem *56 pudełek oryginalnych p. Zahradnika* z podaniem ceny, zawierających kapsułki z kreozotem, gwajakolem, terpentyną, terpiną i bromkiem kamfory, jakkolwiek już znaczna ilość pudełek została chorym sprzedaną; zdaje mi się zatem, że miałem podstawę dostateczną do napisania sprostowania. Napisałem zaś takowe zgodnie z życzeniem innych lekarzy zdrojowych, którzy listy od p. Zahradnika odebrane p. Jezierskiemu zakomunikowali. Na tem kończę tę niemiłą polemikę, która zdaje mi się, że p Zahradnikowi pożytku nie przyniesie.

Szczawnica d. 10 lipca 1892.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 23 Lipca 1892. Nr. 30.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XXIII.

Śmierć ze wstrząśnienia mózgu czy z uduszenia przez ucisk na klatkę piersiową?

Podał
Prof. Dr. Blumenstok.

Razem z aktami śledztwa Wydział lekarski otrzymał następującą odezwę sądową:

W nocy na 12 lutego zniknął z łaźni w Ch. posługacz łazienny Jać T. Następnie d. 13 lutego b. r. znaleziono jego zwłoki w basenie łaziennym i z powodu znalezionych uszkodzeń na jego ciele przeprowadzono śledztwo przeciw Iwanowi i Demkowi Ch. o zbrodnię morderstwa na osobie rzeczonego Jacia T. popełnioną i obydwóch obwinionych oskarżono o tę zbrodnię.

Na mocy werdyktu Sądu przysięgłych Trybunał uznał winnym tej zbrodni tylko Demka Ch., zaś jego brata Iwana Ch. od oskarżenia uwolnił. Demko Ch. wniósł przeciw temu wyrokowi zażalenie nieważności, a Najwyższy Sąd kasacyjny ten wyrok zniósł i zarządził wznowienie śledztwa na korzyść zasądzonego. Na podstawie dodatkowo przeprowadzonego śledztwa na korzyść Demka Ch., z powodu wynalezienia nowych dowodów przeciw Iwanowi Ch., Trybunał na wniosek Prokuratoryi zezwolił na wznowienie śledztwa karnego także na niekorzyść Iwana Ch.

Z powodu zachodzącéj choć nieznacznéj różnicy zdań przesłuchanych dotąd 6 znawców i z powodu ważności i trudności przypadku, zgodnie z wnioskiem Prokuratoryi przy udzieleniu wszystkich aktów téj sprawy karnéj, tudzież modelu łaźni, na mocy przepisu §. 126 p. s. upraszam Świetny Wydział lekarski o wydanie ostatecznego orzeczenia a mianowicie:

1) Co było właściwą przyczyną śmierci Jacia T.?

2) Czy tenże za życia lub też już po śmierci został do wody wrzucony?

3) Czy krzywdzenia, przez świadka Dmytra T. podane, tę śmierć spowodować mogły? — Nakoniec

4) Czyli znalezione tak liczne skaleczenia na ciele Jacia T. mogły nastąpić przy jego spadaniu wskutek nieostrożności i pijanego stanu z łaźni schodami do basenu łaziennego i śmierć spowodować?

Zauważa się, że w czasie tego przypadku dolne schody do basenu łaźni prowadzące nie były poręczem na dwie części przedzielone, jak obecnie, gdyż te poręcze późniéj postawiono.

Sekcyję sądową zwłok odbyli d. 25 lutego lekarze Dr. A. i chirurg B. i znaleźli co następuje:

A) Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki agnoskowanego Jacia N., mężczyzny 32—35 lat liczyć mogącego, silnie zbudowanego i dobrze odżywionego. 2) Po lewéj stronie czoła zdarcie przyskórka z sinem podbiegnięciem krwi wielkości talara. 3) Na lewéj skroni zdarcie przyskórka połączone z zasinieniem wielkości dłoni kobiecéj. 4) Powieka górna prawa czarno sino zabarwiona, obrzękła, wykazuje ranę równolegle do brzegu przebiegającą 1 ctm. długą o brzegach nierównych, sięgającą aż do chrząstki powieki; rana ta umiejscowioną jest w kąciku prawego oka, gałka oczna nie uszkodzona, wynaczynienia na spojówce nie ma. 5) Podobnie lecz daleko w mniejszym stopniu zasiniałą jest powieka górna lewa i nie wykazuje żadnéj rany. 6) Przewód prawy nosa rozdarty jest od nasady aż do skrzydła tak, iż jama nosowa leży otworem, brzegi rany są jak gdyby podarte i wykazują głębokie wręby. Kość nosowa po stronie prawéj zgruchotana. 7) Na wierzchołku czaszki, mianowicie w okolicy szwu obu kości ciemieniowych, rana 3 ctm. długa, o brzegach rozwartych, dość równych, sięgająca aż do okostnéj, kierunek rany jest od lewéj ku prawéj stronie, otoczenie obrzękłe, ciastowato miękkie. 8) 2 ctm. poniżéj guza kości ciemieniowéj prawéj, w kierunku ko kości skroniowéj, rana 4 ctm. długa o brzegach wyraźnie zmiażdżonych, nierównych, grubo ząbkowanych, sięgająca do okostnéj, części miękkie około rany nieco obrzękłe, zmiażdżone i podminowane. 9) Nieco nad szwem skroniowo-bocznym lewym guz ciastowato miękki, wielkości połowy jaja kurzego. 10) Szyja muskularna, dość krótka, na skórze żadnych objawow urazu zewnętrznego. 11) Klatka piersiowa dobrze sklepiona. 12) Brzuch zielono zabarwiony, nieco wciągnięty. 13) Skóra na dłoniach i na podeszwach biała, zmacerowana, podnosi się w grubych fałdach od podstawy. 14) Sztywność pośmiertna ustąpiła, plamy pośmiertne czerwono sine po całem ciele rozsiane.

B) Oględziny wewnętrzne: 15) Opony miękkie czaszki żółtawo zabarwione, a w miejscach opisanych pod Nr. 7, 8 i 9 ran znajdują się czarne skrzepy krwi, wielkości rany odpowiednie, umiejscowione między skórą a oczaszną. 16) Sklepienie czaszki podłużno okrągłe, twarde, grube i zbite, nie uszkodzone. 17) Opona twarda jasna, błyszcząca, mocno napięta, opony miękkie mózgu mocno roz szerzonemi żyłami zaopatrzone, przeźroczyste, zatoki żylne krwią przepełnione, zwoje mózgowe nieco przypłaszczone, a rowki wypełnione, na przecięciu biała istota mózgu nieco żółtawo zabarwiona, błyszcząca i wilgotna, mnóstwem drobnych czerwonych kropek zaopatrzona, które nożem zetrzeć się nie dają, komórki mózgowe prócz znacznych rozszerzonych naczyń zawierają znacznie większą aniżeli zazwyczaj ilość surowiczéj cieczy, móżdżek i rdzeń przedłużony wykazują te same objawy co mózg. 18) Jama ust próżna, zęby dobrze utrzymane. 19) Krtań i tchawica próżne, ciemnoczerwoną błoną śluzową wysłane, na któréj widoczny jest śluz surowiczy, licznemi powietrznemi pęcherzykami zaopatrzone. 20) Po odpreparowaniu skóry i mięśni na mostku piersiowym widocznem jest złamanie tegoż pomiędzy uczepieniami trzeciego i czwartego żebra, złamanie to przebiega nieco ukośnie i tworzy na tylnéj ścianie mostka trójkątny odłam blaszki kostnéj, kątem ku górze zwrócony. 21) Przy téj sposobności spostrzeżono również, iż żebro trzecie i czwarte po obu stronach (4 żebra) są złamane. Miejsce złamania znajduje się w linii pachowéj po obu stronach; na powierzchniach odłamowych tak wszystkich 4 żeber jakoteż i mostka piersiowego skonstatowano wynaczynione skrzepy krwi. 22) Oba płuca wykazują krawędzie nieco zaokrąglone, jaśniéj zabarwione i szerszemi komórkami powietrznemi zaopatrzone, płuco lewe przykrywa w znacznéj części worek sercowy, oba płuca trzeszczą na przekroju, przyczem wylewa się znaczna ilość cieczy krwistéj, przepełnionéj bańkami powietrznemi. 23) Serce w stanie rozkurczu prawidłowéj wielkości, o mięśniu jędrnym, ciemno-czerwono zabarwionym, komórki zawierają znaczną ilość czarnéj płynnéj krwi, zastawki sercowe prawidłowe. 24) Wątroba znacznie powiększona, barwy jasno brunatnéj, o brzegach widocznie zaokrąglonych, na przekroju wykazuje powierzchnię gładką, drobnoziarnistą, a z przeciętych żył wylewa się znaczna ilość czarnéj płynnéj krwi. 25) Śledziona prawidłowéj wielkości i konsystencyi. 26) Żołądek znacznie rozszerzony zawiera dużo powietrza a treść jego wynosi 3—4 łyżek szarawéj płynnéj cieczy bez żadnéj charakterystycznéj woni, błona śluzowa w stanie przewlocznego zapalenia. 27) Jelita miernie gazami wzdęte, zawierają w górnéj swéj części szarawy płyn, w dolnéj swéj części kał. 28) Nerki prawidłowéj wielkości, ciemno-czerwono zabarwione wykazują na przecięciu wyraźny rysunek piramid, kora łatwo ściągać się daje. 29) Pęcherz moczowy próżny.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pp. obducenci podyktowali następujące orzeczenie:

1) Że denat zmarł śmiercią gwałtowną.

2) Ze ostateczną przyczyną było uduszenie, jak na to wskazuje obrzęk mózgu (liczba 17), obrzęk płuc (liczba 22), płynna krew w sercu (liczba 23).

3) Ze denat leżał przez dłuższy czas w wodzie, jak na to zmacerowanie skóry na dłoniach i podeszwach wskazuje.

4) Że obrażenie ciała pod liczbą 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 20 i 21 powstały za życia denata.

Co do sposobu i czasu, w którym rzeczone uszkodzenia powstały, przypuszczają, iż wszystkie uszkodzenia mniéj lub więcéj jednocześnie nastąpiły. Rany na głowie, guzy i sińce na twarzy i głowie, jakoteż rozdarcie prawego otworu nosowego, powstały skutkiem silnych uderzeń narzędziem tępem, twardem, okrągłem, n. p. kijem lub kamieniem i stanowią każde z osobna uszkodzenie ciała ciężkie, przeszło 20 dni niezdolności do pracy zawodowéj za sobą pociągające. Złamanie mostka piersiowego i 4 żeber powstało najprawdopodobniéj skutkiem silnego ucisku na mostek narzędziem ciężkiem, twardem, okrągłem w rodzaju kamienia lub kolana.

W kwestyi, czy wszystkie rzeczone uszkodzenia zadane zostały denatowi ręką obcą, czyli też odniósł takowe wpadając do miejsca, w którym go znaleziono, orzekają: że rany na głowie i sińce po twarzy, tudzież uszkodzenie nosa, zostały najprawdopodobniéj ręką obcą zadane a nie przez upadek. Gdyby bowiem denat, mężczyzna silnie zbudowany, dobrze odżywiony, a więc ciężki, upadł był z wysokości 2 sążniowéj wprost na wierzchołek czaszki, gdzie rany się znajdują, całym swym ciężarem na twarde dębowe schody, musiałby nieochybnie odnieść złamanie lub pęknięcie czaszki, którego właśnie nie stwierdzono, także rozdarcie prawego przewodu nosowego, przemawia za spowodowaniem tego uszkodzenia ręką obcą z tego powodu, że w głębi studni ani też na schodach niema żadnego takiego przedmiotu, którymby podobne uszkodzenie wywołać można.

Co do złamania mostka i żeber, to jakkolwiek obcéj ręki w tym razie wykluczyć nie można, prawdopodobną jest rzeczą, iż ciało rzucone z wysokości 2 sążniowéj na krawędź schodów, przy téj sposobności rzeczone uszkodzenie odniosło.

Ze względu, że w żołądku tylko kilka łyżek szarawego płynu stwierdzono, a w drogach oddechowych żadnéj wolnej cieczy nie dostrzeżono, wnioskują, że denat dostał się już nieżywym do wody, trudno bowiem przypuścić, aby człowiek żyjący, za czem przemawiają wynaczynienia krwi i obrzęki tkanek, nie nałykał i nie wchlisnął znaczniejszéj ilości wody.

Wogóle po dokładnem rozważeniu całéj sprawy przychodzą do przekonania, że denat najprawdopodobniéj został po głowie kijem lub kamieniami obity na górze, straciwszy przytomność umysłu, wskutek wstrząśnienia i przekrwienia mózgu pod l. 17 opisanego, popadł w stan asfiktyczny, t. j. porażenia płuc skutkiem ucisku ośrodków nerwowych oddychania (przekrwienie i obrzęk rdzenia przedłużonego) został po niejakim czasie do studni obcą ręką wrzucony.

Przy téj sposobności podnieść można, iż pomiędzy pobiciem a śmiercią pewien czas upłynąć musiał, przynajmniéj 10—15 minut, dlatego, że znajdują się wyraźne ślady odruchów życiowych, jako to obrzęki i skrzepy wynaczynień krwistych. (Dok. nast.)

II. O przewrotnym popędzie płciowym.

(Podług wykładu wygłoszonego na posiedzeniu Tow. lek. krak. d. 1 czerwca 1892 r.)

Napisał

Dr. Leon Wachholz,

asystent przy kat. medycyny sądowéj w Uniw. Jagiell. i lekarz sądowy.

(Dok. Patrz Nr. 29.)

Przypadek drugi odnoszący się do pederastyi biernéj opisał śp. Dr. Tadeusz Jakubowski w czasie pobytu swego na wyspie Capri. Spisaną historyję przypadku tego udzielił łaskawie zakładowi medycyny sądowéj Dr. Ożarowski.

Przypadek ten podaję w dosłownym opisie Dra Jakubowskiego.

„Mężczyzna czy kobieta?“

„W czasie mego kilkutygodniowego pobytu na wyspie Capri koło Neapolu mieszkałem w „pensione dei Faraglioni“, sąsiadując z niejakim Camily de Montesquin Ferense. Ten opowiadał, że pochodzi z arystokratycznéj rodziny z Ameryki południowéj. Władał on biegle siedmioma językami i składał w codziennéj swéj rozmowie dowody, że zwiedził wiele krajów i miast. Odnośnie do swéj powierzchowności był to mężczyzna wieku około 30 lat liczyć mogący, ze silnym ale starannie częścią goleniem częścią depilatoryjami usuwanym zarostem na twarzy. Ubrany bywał dziwacznie,

nosił aksamitny kaftan, bardzo obszerny, szyję miał obnażoną. gdyż używał tylko koszul kobiecych pod szyją wyciętych i haftowanych bez rękawów. Szyję zasłaniała mu jasna jedwabna chusteczka. Spodenki czarne opięte nie sięgające kolan, długie jedwabne i kolorowe pończochy i atlasowe pantofelki z kokardami dopełniały całości ubrania. Kształt nóg i pośladków w obcisłem ubraniu dobrze odpowiadał zdaniem mojem i kilku podówczas na Capri bawiących artystów malarzy i rzeźbiarzy kobiecie. Zachowanie się a zwłaszcza ruchy pełne wdzięku przy siadaniu i wstawaniu z siedzenia przypominały kobietę bardzo dystyngowaną. Także sposób jego mówienia, brzmienie głosu i sposób myślenia odpowiadał kobiecie; podawał bowiem swój wiek jako niższy niż w rzeczywistości, widocznemu ulegał rozdrażnieniu, gdy w jego obecności chwalono piękność kobiet zamieszkałych chwilowo lub stale na Capri — był widocznie zazdrosnym. Zajmował się codziennie bardzo ładnem haftowaniem i malarstwem, nie zdradzającem jednak wytrwałości i lepszego wykończenia. Czy był mężczyzną, czy kobietą, tego na pewno nawet najciekawsi na Capri nie zbadali. Niewieście koszule, które dawał do prania, nigdy nie miały plam krwawych, odpowiadających miesiączkowaniu. Uważano go za obojniaka i nazywano powszechnie „Uomodonna“, t. j. mąż kobieta. Po kilku rozmowach z nim na byłem przekonania, że jestto indywiduum psychopatyczne, którego płeć postanowiłem sobie wyśledzić.

Po krótkiéj już znajomości począł ów uomo-donna mnie kokietować, wpadał w rozczulenie, niemal płakał narzekając na swój smutny los, że jest tak samotnym na świecie i nie ma nawet przyjaciela. Ofiarowywał mi swą przyjaźń, przysuwał się do mnie, chciał siadać mi na kolanach, a szczególnie dążył do zadrażnienia moich genitaliów, wrzekomo mimowolnie opartą ręką lub nogą; nawet usiłował mnie całować. Umizgi te nadzwyczaj dla mnie wstrętne, przerywałem jakimkolwiek pozorem, np. brakiem czasu. Nie dawałem mu atoli odrazu należytéj odprawy, aby nie stracić nadziei zbadania go bliżéj. Wkrótce dowiedziałem się, że artysta E. żył z nim bliżéj; E. przyznał mi się, że spółkował z uomo donną i że jest przekonanym, iż to przebrana kobieta. Camily, mimo stosunku z E., nie pozwalał panu E. dotknąć swych części rodnych, po spółkowaniu miał pan E. członek okryty tłustą, trudno dającą się zmyć powłoką. Prawdopodobnie było to *unguentum emoliens*, które Camily w méj obecności dwukrotnie kupował. Podczas spółkowania miał Camily nawet popaść w drgawki skutkiem rozkoszy. Tymczasem E. opuścił Capri na dni kilka, a Camily mimo kilkakrotnych zabiegów względem młodych mężczyzn nie mógł znaleść choćby tymczasowego kochanka.

Już i tak będąc zawsze nerwowym, stał się jeszcze więcéj drażliwym i popadł w bezsenność. Zmęczony tym stanem zawezwał mnie jako lekarza. Wówczas ja pod rzekomym pozorem, iż przyczyna stanu chorobowego leży prawdopodobnie w sercu, żądałem pozwolenia, aby takowe zbadać. Zauważyłem tedy zupełny brak sutków kobiecych. Tor oddechowy wysoki (*respiratio sternoclavicularis*) przypominał tor oddechowy kobiet. Ciekawość zbadania genitaliów uomodonny posunęła rękę moją na jego części płciowe. Wyczułem jednak na nich tylko grubą pokrywę, prawdopodobnie skórzaną, silnie paskami przymocowaną. Nosił ją prawdopodobnie w tym celu, aby przez obcisłe spodenki nie odznaczały się kontury prącia, zwłaszcza, ze Camily chciał uchodzić za przebraną w męskie suknie kobietę; — w zaufaniu bowiem przyznał mi się, że jest panną, że przed kilku laty był bardzo ładnym, ale zarost nieszczęsny go teraz szpeci; będąc zmuszonym do samotnego tułania się po świecie, uważa przebranie męzkie za najodpowiedniejszy strój.

W tym czasie przyjechał na Capri pewien pastor z Danii z córką. Ci poznali w Camilym znajomego swego z Danii, mieszkali bowiem w sąsiedztwie z jego rodzicami. Camily wypierał się początkowo ich znajomości, następnie przyznał się i prosił pastora o zachowanie tajemnicy co do spotkania się z nim przed rodzicami. Pastor wyjawił mi właściwe nazwisko uomo-donny i jego bliższą biografiję:

Camily nazywa się po rodzicach Jakóbem Lund; od 12 roku życia okazywał już pociąg do ubierania się w stroje kobiece. Wykwintne stroje uomo-donny, zasoby pieniężne znaczne, obok dokładnéj znajomości rodzin najwyższéj arystokracyi w Niemczech, jakoteż i stosunków tychże rodzin, pozwalają wnosić, że uomo donna, jako od urodzenia przewrotnym popędem płciowym dotknięty, służył jako kyned jakiemuś niemieckiemu książęcemu pederaście i przez tegoż tak wykwintnie jest utrzymywanym“.

Przewrotność popędu nabyta wydarza się u ludzi neuropatycznie usposobionych. Z początku popęd płciowy u nich jest zupełnie prawidłowym, dopiero przyczyna nagodna zboczenie to wyłania. Przyczyna téj zagadkowéj przemiany poczucia i popędu płciowego dziś jeszcze spoczywa w ciemnym kole domysłów i przypuszczeń. Zależnie od stopnia obciążenia dziedzicznego przewrotność ta objawia się w różnym stopniu. I tak spotkać można przewrotność działania płciowego, mimo iż przewrotności popędu płciowego wykazać nie można; atoli z biegiem czasu wytwarza się wreszcie także i przewrotność popędu.

Przykładem najlepszym są osoby zaspokajające popęd płciowy normalny zresztą samogwałtem. Lecz i samogwałt (onania) może być dwojakiego stopnia, zależnie od obciążenia dziedzicznego. Więzień, marynarz w ciągu swéj wyprawy, pod ścisłym nadzorem pozostający młodzieniec, nie mając sposobności do zaspokojenia popędu płciowego w sposób naturalny i zgodny z własnem normalnem poczuciem oddają się onanii. Jakżeż często obawa przesadna przed zakażeniem wenerycznem zmusza do tego wstrętnego aktu! Lecz skoro nagodne przyczyny u osób tych działać przestaną, skoro więzień osiągnie wolność, marynarz dobije do przystani, a młodzieniec znajdzie chwilę, w któréj argusowe oczy przestaną nań patrzeć, zrzucą z siebie chętnie pęta wstrętnéj konieczności i popęd płciowy zaspokajają w sposób naturalny.

Zależnie od długości czasu, w ciągu którego samogwałt popełniali, zwrot na drogę normalną jużto łatwiéj jużto trudniéj się udaje. Im dłużéj onania wysilała organizm i osłabiała siłę i zdolność płciową, tem zwrot ten trudniejszy. A jednak i tutaj racyjonalny sposób leczenia zniesie przeczulicę ośrodka ejakulacyjnego lub podniesie obniżoną pobudliwość ośrodka wzwodu prącia. Zwykle u osób dłużéj onanii podlegających wyradza się neurastenia mniéj lub więcéj wybitna, która może nawet doprowadzić do czasowéj utraty zdolności płciowéj (*impotentia psychica*). I tu pod tym względem okazują się wielce szkodliwemi popularne dziełka przez wyzyskujących pseudoprzyjaciół ludzkości wydawane, albowiem publikacyje te na zysk obliczone przedstawiają w najczarniejszych barwach skutki onanii i niweczą w ten sposób cierpiącéj już i wrażliwéj osobie wszelką odwagę i nadzieję powrotu do stanu zdrowia. Słusznie też Jürgensen przed podręcznikami temi przestrzega.[1])

Inaczéj przedstawia się onanista z wrodzonem psychopatycznem usposobieniem. U tego zwykle popęd płciowy bardzo wcześnie się objawia, nierzadko w bardzo młodym wieku. Wszakżeż Hammond[2]) opisuje znane sobie przypadki, w których dzieci roczne już temu nałogowi ulegały. Zauważał on dzieci, które czasem kurczowo do podanéj im piersi

[1]) Jürgensen. *Spec. Path. u. Ther.* — [2]) Hammond. *Sex. impot. in the male.*

matki lub mamki się przyciskały, czerwieniły w twarzy, oczy przymykały i nawet wahadłowe ruchy miednicą wykonywały! Nierzadko spotkać się można z onanią u dzieci 3-letnich i wyżéj, u których jednak onanię wywołały w drodze odruchu przez swędzenie choroby fizyczne, jak *balanitis* i stulejka (*phimosis*) lub też *oxiuris vermicularis*. Onanię jednak u dzieci bez tych przyczyn fizycznych jedynie wytłómaczyć można na zasadzie zmian w narządzie centralnym nerwowym, na zasadzie obciążenia psychoneuropatycznego. Dzieci takie ulegają z czasem zupełnéj tępocie umysłowéj lub kończą inną chorobą umysłową. Często popęd płciowy tak wcześnie się wyłaniający jest objawem obłąkania moralnego. Marc opisuje ośmioletnią dziewczynkę z inteligentnéj rodziny, która pozbawiona wszelkich uczuć i pojęć etycznych, od 4 roku się onanizowała i ponadto z chłopcami 10-letniemi nierządowi się oddawała.

Onanista z wrodzonem psychopatycznem usposobieniem nie porzuca nigdy tego nałogu; sposób naturalny nie zadowala go. Ale i onania względnie manustupracyja niedługo zaspokaja jego żądzę. Wpada wówczas na najwyszukańsze sposoby, aby niknący popęd płciowy rozbudzić i z pożądanym wynikiem zaspokoić. Hammond opisuje onanistów, którzy nie znajdując więcej rozkoszy w zwykłéj manustupracyi, stoczkami lub pręcikami z drzewa drażnili błonę śluzową cewki moczowéj. U kobiet ten sposób onanii zdaje się być dość częstym. W zakładzie anatomo-patologicznym prof. Browicza znajduje się kamień z pęcherza moczowego kobiety dobyty, którego jądrem jest walcowaty kawałek węgla *voluptatis causa* do cewki i następnie przez odłamanie się do pęcherza wprowadzony. Prof. Obaliński jest w posiadaniu kamienia, drogą zabiegu chirurgicznego z pęcherza mężczyzny wydobytego, którego jądrem jest stoczek. Stoczek ten wprowadził sobie chory do cewki w celach onanii. Wreszcie wspomina Hammond o onanistach, którzy do pożądanéj rozkoszy dochodzili w drodze kaleczenia a nawet rozłupywania prącia własnego.

Bardzo często popęd płciowy jednoczy się z popędem do popełniania okrucieństw. Wszakżeż jeszcze w granicach normalnych spotyka się przypadki, w których mężczyzna *e crescenti libidine et voluptate* gryzie kobietę. Wcale pokaźna kazuistyka w tym względzie poucza nas o najwstrętniejszych okrucieństwach, dokonywanych przez mężczyzn płciowo nienormalnych, celem doznania wzwodu prącia umożliwiającego akt płciowy lub doznania rozkoszy płciowéj. Dział tych zboczeń otwiera marquis de Sade, który jedynie wtedy doznawał rozkoszy w obcowaniu z kobietami, gdy równocześnie kalecząc ciężko piersi swéj ofiary, widział tryskającą krew z zadanych jéj ran. Ztąd płynie i nazwa tego rodzaju zboczeń, t. j. *sadismus*. W rzędzie tym wypada zamieścić potwornych cesarzy rzymskich, jak Caracallę, Tiberiusa i t. d., zaspokajających popęd płciowy hańbieniem chłopców i okrutnem pastwieniem się nad nimi. Tu się zaliczają przypadki Balla[1]), odnoszące się do dwóch psychopatów, którzy w czasie wykonywania obdukcyi na żywych kobietach, upajając się ich krwią i pożerając kawały ich ciała, płciowo się zaspakajali. Tu wreszcie należą przypadki przekłuwaczy dziewcząt (*Mädchenstecher*), np. w Bozen koło Meranu podany przez Demma, wreszcie i tyle wsławionego w Whitechapel Janka rozpruwacza. Hańbienie zwłok, obcowanie z zwłokami niewiast świeżo zmarłych, znane pod nazwą nadaną przez Guislaina „nekrofilii“, n. p. przypadek podany przez Michea[1]) o sierżancie Bertrandzie, który po kilkakrotnych próbach hańbienia zwłok niewieścich, wybrał się w noc marcową w mieście Douai na cmentarz, gdzie zaspokoiwszy swój popęd na świeżo zmarłéj młodéj dziewczynie takową następnie na sztuki pociął; przypadek podany przez Legrand du Saulle[2]) o mnichu, który shańbił zwłoki niewiasty w czasie odmawiania za jéj duszę modłów. Hańbienie kobiet w celu dogodzenia popędowi płciowemu oddawaniem kału lub moczu na ich ciało, znęcanie się nad chłopcami, wreszcie nad zwierzętami, dopełniają pojęcia sadyzmu.

Znęcanie się nad zwierzętami, wywolujące prawdziwą rozkosz, napotyka się już u dzieci dotkniętych moralnem obłąkaniem. Ztąd to u nich może przyjść łatwo z chwilą rozwiniętego popędu płciowego do sadystycznych aktów na zwierzętach. W r. 1878 sprawił w Wiedniu wielkie wrażenie proces karny prostytutki Steiner Balogh; inne prostytutki za świadków powołane, skierowały podejrzenie swe co do sprawcy zbrodni ku mężczyźnie pospolicie zwanym przez nie Hendlmannem ztąd, iż tenże przed każdorazowym aktem płciowym podrażniał się płciowo zabijaniem ptaków a to głównie kurcząt.[3])

Lombroso wspomina w dziele swem „Człowiek-zbrodniarz“ o dwóch mężczyznach, u których wytrysk nasienia następował na widok duszącego się gołębia lub kury. Montegazza wspomina o okrutnéj zabawie powszechnie przyjętéj u Chińczyków, polegającéj na sodomii z gęsiami, którym w chwili ejakulacyi pałaszem głowy odcinają.[4])

W rząd sadystycznych aktów na zwierzętach zaliczyć muszę przypadek, który mnie się w czasie pobytu mego w Wiedniu nasunął.

W jednéj z restauracyj zrobiłem przypadkowo znajomość z młodym człowiekiem, liczącym około 24 lat życia, który mienił się być studentem Wydziału filozoficznego, a który mnie się ofiarował na usługi jako przewodnik po stolicy. Z początku wypytywał mnie dość szczegółowo o choroby weneryczne, poczem dnia jednego poczynił mi zwierzenia, które tutaj podaję.

Matka mu zmarła za czasów jego dziecięctwa z niewiadoméj mu przyczyny. Ojciec mieszka na wsi i cieszy się zupełnem zdrowiem. Dwóch braci zmarło z powodu gruźlicy w młodym wieku, a jedyna siostra cierpi na drgawki nerwowe peryjodycznie występujące. Jako ośmioletni chłopak przycisnąwszy się przypadkowo podbrzusiem do ławki szkolnéj, doznał dziwnie rozkosznego uczucia. Odtąd powtarzał częściéj te przyciskania zawsze z tym samym skutkiem, nie zdając sobie sprawy z aktu tego. O ile pamięta, członek jego ulegał wówczas wzwodowi. W czasie studyjów gimnazyjalnych mieszkał wspólnie z kolegą, który go wzajemnéj manustupracyi wyuczył. Ejakulacyję pierwszą zauważył w 13 roku swego życia. Odtąd dopuszczał się bądź to samotnéj, bądź to wzajemnéj z kolegą swym onanii. W 18 roku życia po raz pierwszy dał się wciągnąć do domu rozkoszy. Tu doznał silnego zadrażnienia, jednak akt płciowy zawiódł zupełnie w wymarzonéj rozkoszy, która wraz z ejakulacyją nastąpiła dopiero po manustupracyi. Zmartwiony niepowiedzeniem się zamierzonego aktu, poczał myśleć poważnie o swym nałogu. Wówczas wpadła mu w rękę popularna książka Retana o samoochronie. Opis zastraszający skutków samogwałtu tak wstrząsnął jego umysłem, że popadł w neurastenię. Od téj chwili odczuwał opisane w dziełku bóle ciągnące w krzyżach i ogólne osłabienie, wreszcie

[1]) *L'Encéphale* 1887. *La folie érotique*, 1888, p. 127.

[1]) *Union medicale* 1849. — [2]) Cullere. *Die Grenzen des Irreseins.* — [3]) Blumenstok. *Cause célèbre* wiedeńska. — [4]) Krafft-Ebing. *Psychopathia sexualis.*

pogorszył mu się wzrok znacznie; zmuszony udał się o poradę do specyjalisty. Ten po zbadaniu go odesłał do lekarza chorób nerwowych. Z polecenia lekarza zażywał jakieś proszki, wyjechał do zakładu hydropatycznego, a potem do domu na wieś. Leczenie zimną wodą, pobyt na wsi a co główna wstrzymanie się przez dłuższy czas od manustupracyi, skrzepiło go a nawet popęd jego płciowy w czasie choroby znacznie obniżony, obudził się, zwłaszcza pod wpływem obcowania z młodą i przystojną dziewczyną. Dziwnie tęskny wyraz twarzy mego usłużnego cicerone, niebieskie tęczówki, modre białkówki, sympatyczna powierzchowność, pozwoliły mu owładnąć poczuciem wstydliwości dziewczyny tak, iż doszło między nimi do spotkania płciowego. *Tamen coitus erat sterilis* pomimo wielkiéj namiętności ze strony kobiety. Po nieudałem spotkaniu czuł się zmuszonym rozdrażnienie płciowe manustupracyją ukoić. Odtąd zaczyna się powrót na dawną drogę zaniechanego nałogu. W ostatnich dwóch latach dla wzmocnienia rozkoszy i łatwiejszego doprowadzenia do erekcyi, posługuje się żywemi ptakami, które chwyta za dziuby i trzyma w powietrzu. Te trzepocąc skrzydełkami uderzają o jego prącie, poczem wśród silnego uczucia rozkoszy następuje ejakulacyja.

W powyższym przypadku zdaje się istniała dziedziczność obciążenia nerwowego, sądząc z podania chorego o cierpieniu jego siostry, jak również może i dziedziczność usposobienia do gruźlicy. Jakżeż często dziedziczność w dwóch tych odmiennych kierunkach kojarzy się w jednéj rodzinie!

Przeciwieństwem sadysmu jest masoschismus. Osoba podlegająca temu zboczeniu popędu płciowego nie może zaspokoić takowego, jeżli nie odczuwa jakiegokolwiek cierpienia fizycznego lub psychicznego, zadanego przez osobę płci przeciwnej. Uczucie uległości płciowéj, które Krafft-Ebing zwie *„die geschlechtliche Hörigkeit"*, jest zupełnie normalnem zjawiskiem u kobiety; u mężczyzn staje się co najmniéj śmiesznem i znanem jest pod popularną nazwą pantoflowego bohaterstwa. Masoschismus wyradza się w *flagellantismus*, cechujący się tem, że mężczyzna tak cierpiący doznaje wtedy zupełnego podrażnienia płciowego, gdy go w czasie aktu biczują lub w inny sposób nad nim się pastwią, a przynajmniéj biczowaniem i t. p. grożą. Fetischismus cechuje się szczególnem upodobaniem do pewnych przedmiotów, podrażniających popęd płciowy. W stanie normalnym widzimy w codziennem życiu u osób zakochanych pewne zadowolenie i radość na widok przedmiotu miłości, n. p. na widok kwiatów zasuszonych, listów, rękawiczek, chusteczek itd. Fetyszyzmem tłomaczyć należy dawny obyczaj przodków pijących z najwyższą rozkoszą wino z bucika ukochanéj kobiety. Fetyszyzm staje się jednak wówczas dopiero zboczeniem, gdy osoba nie jest w stanie zaspokoić swego popędu płciowego inaczéj jak tylko wtedy, gdy znajduje się w posiadaniu odpowiedniego fetyszu. Znane są przypadki, w których ubranie się w bieliznę kobiecą u mężczyzny zupełne zadowolenie płciowe wywoływało.

Wszystkie te zboczenia są zatem albo wrodzone albo też nabyte. Możność rozróżnienia, czy w danym przypadku zachodzi wrodzona przewrotność lub rozpustą nabyta, zależy od gruntownéj znajomości objawów i wprawy w klinicznem spostrzeganiu. A rozpoznanie w tym kierunku jest znamienitéj wagi w przypadkach dochodzeń sądowych, gdyż osoby *ab origine* płciowo przewrotne wypada od wszelkiéj odpowiedzialności za wrzekome swe winy uwalniać i w odpowiednich zakładach umieszczać; gdy przeciwnie osoby, które przez wyuzdaną rozpustę w zboczenie to popadły, należałoby odpowiednio dla odstraszającego przykładu karać.

III. Pozorna ospica krwawa (czarna), *Varicella haemorrhagica*, istotnie zaś ospica u krwawca *Varicella in individuo haemophilico*.

Podał
Dr. Rosenblatt.

Kto często z ospicą się spotykał, mógł zauważyć, iż czasami niektóre pęcherzyki przybierają barwę sinawą. Ilość tychże bywa jednak bardzo ograniczoną, zabarwienie zaś nie jest jednostajnie sinem, więcéj blado fijołkowem i zajmuje częstokroć tylko pewien odcinek pęcherza, zresztą prawidłowo się przedstawiającego. Zboczenia podobne nie utrudniają jednakowoż wobec obrazu, jaki reszta skóry przedstawia i wobec stanu ogólnego, rozpoznania. Inaczéj rzecz się miała w przypadku, który mi się w listopadzie roku zeszłego nadarzył, a który tu dla jego rzadkości przedstawię.

Zawezwany do 4-letniego synka krawca O., dowiedziałem się, iż chłopiec od dni 3 gorączkuje, że na ciele pojawiła się wysypka, i że nad ranem dostał chłopiec drgawek i był nieprzytomnym. Badanie wykazało co następuje: ciepłota 39·9, tętno 128, pełne, szybkie. Przytomność utrzymana; odurzenie i ospałość zapewne tylko następstwem wysokiéj ciepłoty, po części zaś poprzedzających drgawek. Na całem ciele, nie wyjmując skóry czaszki włosami pokrytéj, wysypka w postaci pęcherzyków drobnych, wielkością soczewicy nie przekraczających, sino lub ciemno fijoletowo zabarwionych. Pęcherzyki te, jednostajne pod względem wielkości, nie okazują żadnéj obwódki czerwonéj, są tylko miernie napięte, na niektórych widoczne zagłębienie środkowe, na innych zaś przyblonek pomarszczony. pęcherzyki miękkie robią wrażenie jak gdyby pierwotnie zawierały więcéj płynu a ten został wessanym. Za nakłuciem pęcherzyka sączy się płyn surowiczo-krwawy. Wśród pęcherzyków napotkać można jednak o wiele mniéj liczne guzki twarde, drobne, z których niektóre również przedstawiają zagłębienie środkowe. Najgęściéj osadzone są guzki i pęcherzyki na twarzy, plecach i pośladkach, najmniéj na brzuchu. Na błonie śluzowéj wewnętrznéj strony policzków, na dziąsłach, na języczku, na łukach podniebiennych i tylnéj ścianie połyku, okrągławe, powierzchowne wrzodziki, niektóre krwawo zabarwione. Wargi zgrubiałe, popękane, skrzepłą krwią pokryte, w otworach nosowych również skrzepy krwi.

Dziecko miernie zbudowane, nędznie odżywione, przedstawia znamiona krzywicy na czaszce, głowa duża, guzy czołowe wybitne, na klatce piersiowéj, w postaci różańca krzywiczego i piersi kurzéj, na kończynach w postaci zgrubienia epifyz i skrzywienia kości długich ud i przedudzi. W narządach klatki piersiowéj z wyjątkiem miernego nieżytu oskrzelowego nic nieprawidłowego stwierdzić nie można. Brzuch miernie wysklepiony, śledziona dość znacznie powiększona, brzeg jéj na szerokość palca niżéj łuku żebrowego macalny, jest ostry i miękki. Stolca od 24 godzin nie było, z moczem odchodził, ciemnego zabarwienia matka nie zauważyła. Wśród trwania choroby jakoteż poprzednio wymiotów nie miewał. Na ramieniu lewem dwie wyraźne blizny po szczepieniu.

W pierwszéj zatem chwili zrobił stan chorego na mnie wrażenie ospy czarnéj, lecz tylko w pierwszéj chwili, bo rozpoznanie to czyniły zaraz nadzwyczaj wątpliwem następujące okoliczności: Przedewszystkiem brak epidemii a nawet sporadycznych przypadków ospy w mieście, powtóre okoliczność, iż dziecię było skutecznie szczepionem, potrzecie iż wysypka wystąpiła odrazu na całem ciele; po czwarte iż nie było żadnego okresu zwiastunów, to jest równocześnie z wystąpieniem wysokiéj gorączki u dziecka wprzód zdrowego pojawiła się też i wysypka: brakło mianowicie bólów w krzyżach i wymiotów; po piąte wreszcie nieodpowiadał stopień rozwoju pęcherzyków okresowi choroby saméj a właściwie czasowi trwania choroby. Rozpoczęła się u dziecka trzecia doba, licząc od początku choroby, gdybyśmy zatem mieli do czynienia z ospą czarną, musiałby następujący przed-

stawić się nam obraz odpowiednio do tego, czy miałaby to być *purpura variolosa* czyli tak zwana *variola acutissina* lub też *variola pustulosa harmorrhagica.*

W pierwszym przypadku mielibyśmy w tym okresie 1° petechie i wybroczyny znaczniejsze na skórze; 2° obrzęk bardzo znaczny twarzy tak, iż rysów rozpoznaćby nie można i sine zabarwienie; 3° wybroczyny a raczéj już wynaczynienia w spojówkach powiekowych; 4° pęcherzyków natomiast wcaleby nie było, bo do ich rozwoju nie dochodzi; 5° ciepłota nie byłaby tak wysoką; 6° krwawienie z nosa jeszczeby się nie było pojawiło; 7° w miejsce odurzenia byłby ciągły niepokój dziecka.

W przypadku drugim zaś odpowiadałoby wprawdzie wystąpienie drgawek dobie 3 éj, podobnież stwierdzony obrzęk śledziony, nawet wysoki stopień gorączki, natomiast w miejscu pęcherzyków mielibyśmy dopiero guzki, tylko niektóre z guzków okazywałyby na szczycie drobniutki, rozpoczynający się pęcherzyk o treści surowiczéj. Guzki posiadałyby twardość bardzo znaczną tak, iż przesuwając palcem po skórze nawet z zamkniętemi oczami możnaby je było wszędzie wykazać i wyczuć. Gdyby nawet wyjątkowo utworzyło się więcéj pęcherzyków, to nie zawierałyby one jeszcze w żaden sposób krwi, bo wynaczynienia takie następują dopiero najwcześniéj w 5-éj dobie. A gdyby to nawet była już 5-ta doba od początku choroby i w miejscu guzków zastalibyśmy już okres wysypki pęcherzykowy, to przedewszystkiem musielibyśmy stwierdzić zlewanie się pęcherzyków, zwłaszcza na twarzy i rękach.

Mimo zatem stanu gorączkowego, poprzedzającego ataku drgawek, mimo gęstego usadowienia się wysypki właśnie na miejscach przez ospę ulubionych, mimo jednostajnego rozwoju pęcherzyków, mimo ich małych rozmiarów, mimo zagłębień środkowych na niektórych pęcherzykach a nawet i na guzkach już dostrzegalnych, mimo braku obwódki (halo) około pęcherzyków, mimo pomarszczonego wejrzenia wielu pęcherzyków i mimo sinego zabarwienia, wreszcie mimo braku zestrupienia pewnéj już części pęcherzyków w 3-éj dobie, mogłem z łatwością wykluczyć ospę w ogólności, a stwierdzić ospicę o nieregularnym przebiegu i odrębnych właściwościach. Nasunęło mi się zaraz podejrzenie, czy zboczenie w charakterze i przebiegu ospicy nie jest więcéj zależnem od samegoż pacyjenta niż od choroby, to jest czy pacyjent nie okazywał już poprzednio pewnéj diatezy krwawcowéj. Otóż wywiady w tym kierunku wykazały, iż w 8 dni po urodzeniu pojawił się u niego bardzo silny krwotok po odpadnięciu pępowiny, iż chłopiec cierpiał często bardzo na krwotoki z nosa, że teraz choroba prócz gorączki rozpoczęła się też od krwotoku z nosa, że chłopiec nie umiejąc dobrze chodzić (z powodu choroby angielskiéj) często się przewracał a niemocne stosunkowo stłuczenie wystarczało do wywołania na skórze rozległych sińców.

O słuszności rozpoznania mojego mogłem się zresztą jeszcze na miejscu przekonać, bo po zbadaniu dziecięcia i oświadczeniu, iż to nie jest ospa prawdziwa, poprosiła mnie matka ażebym jeszcze dwoje rodzeństwa oglądał, które jeszcze niezupełnie są zdrowe a też miały wysypkę. Jedno z nich okazywało tylko strupy rozsiane po ospicy, drugie młodsze okazywało typowy obraz ospicy w rozkwicie, to jest równocześnie obok plamek i guziczków miękkich pęcherzyki jedne wodojasną, drugie żółtawą, niektóre nawet ropną treścią wypełnione, inne zaś już bruna tnym strupem pokryte, przy braku wszelkiéj gorączki i bardzo dobrym stanie ogólnym.

Także u mojego pacyjenta już nazajtrz ustąpiła gorączka, pęcherzyki powoli zasechały, krwotok żaden więcéj nie nastąpił a po dniach kilka względne zdrowie odzyskał.

Leczenie polegało na podawaniu kwasu fosforowego i stosowaniu zimnych okładów.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Brouardel i J. Ogier: Metody badań toksykologiczno-sądowych. (*Methodes d'expertises toxicol.-travaux du laboratoire*), Paryż, 1892 z rycinami.

Dzieło prof. Brouardela i dyrektora pracowni Ogiera składa się z wstępu poświęconego prefektowi policyi, jako władzy nadzorczej zakładu sądowo-lekarskiego i Morgue i z dwóch części, z których pierwsza omawia metody badań toksykologiczno-i lekarsko-sądowych zwykle w nowo utworzonej pracowni używanych, druga zaś stanowi zbiór prac współpracowników zakładu z zakresu medycyny i toksykologii sądowej. Brak podręcznika tego rodzaju w naszym języku, a z drugiej strony spory zasób metod i uwag nie jednokrotnie cennych dla lekarza sądowego w dziełku napotkany, zachęcił mnie do podania nieco treściwszego referatu.

W roku 1878 po odbyciu naukowéj wycieczki po Niemczech i Austryi przedstawił B. ministerstwu sprawiedliwości i robót i budowli publicznych wniosek ulepszenia Morgue i utworzenia pracowni toksykologiczno-sądowéj. W lipcu 1883 roku przystąpiono do wykonania tego wniosku, umieszczając nowy zakład, jakiego ani państwo austryackie ani niemieckie nie posiada, w budynku *de la Cité*. Zakład zajmuje wysoki parter i sutereny, i składa się z biura będącego równocześnie biblioteką pracowni chemicznéj i sali do badań drobnowidowych, bakteryjologicznych i fizyjologicznych i t. d. w parterze umieszczonych, wreszcie z pokoju ciemnego do badań spektralnych i prac fotograficznych, drugiéj pracowni chemicznéj i 3 sal przeznaczonych na zbiory chemiczne, anatomiczne i t d., mieszczących się w suterenach. Na czele zakładu stoi jako kierownik naukowy prof. B., oraz jego zastępca wybierany z 3 przedstawionych kandydatów. Po nadto posiada zakład 2 stałych preparatorów i służącego. W zakładzie pracuje obok uczniów z czwartego roku wydziału lekarskiego cały zastęp francuskich, jako też obcych badaczy. Prace rozpadają się na dwa działy, z których pierwszy obejmuje prace ściśle naukowe z zakresu chemii, toksykologii i innych nauk doświadczalnych, odnoszących się do medycyny sądowej, drugi zaś obejmuje prace analityczne z polecenia prokuratoryi, sądu lub komuny miejskiej wykonywane. Rozbiorom bywają tu poddawane artykuły spożywcze wzbudzające podejrzenie, iż stały się powodem otruć, jak n. p. pożywki przechowywane w naczyniach z metalów trujących, jak: ołowiu, miedzi i t. d., mięso podejrzanéj wartości czy nie zawiera ptomainów, dejekcyje przyniesione przez osoby będące w mniemaniu, iż uległy otruciu w zbrodniczym zamiarze (podejrzenia najczęściéj bezpodstawne) i t. d.

Na 100 przekazanych plam do wykrycia krwi 29 było uwieńczonych wynikiem dodatnim; 73 razy orzekano w sprawie otruć przetworami farmaceutycznemi, istotami wybuchowemi, witryolejem i t. d.

Na 100 badań 50 wypadło dodatnio, 50 zaś ujemnie lub sprzecznie z aktem oskarżenia.

Odnośnie do otruć stwierdzono:

na	7	przypadków	otruć	morfiną i opiatami	5	przypadków
„	4	„	„	związkami sinu	3	„
„	7	„	„	CO	7	„
„	3	„	„	arszenikiem	2	„
„	2	„	„	kw. szczawiowym	2	„
„	1	„	„	rtęcią	1	„
„	1	„	„	karbolem	1	„
„	1	„	„	chloranem potasu	1	„
„	1	„	„	chlorkiem barowym	1	„
„	1	„	„	strychniną	1	„

Otrucia te wydarzały się bądź przypadkowo, bądź też były następstwem samobójstwa lub morderstwa. W zamiarach skrytobójczych używano tylko arszeniku białego lub arseninu sodowego, w niewielkiéj ilości przypadków także i fosforu, w celach samobójczych najczęściéj były użyte związki sinowe, z tych głównie sinek potasu, reszta zaś wy-

mienionych otruć była wynikiem przypadku i nieostrożności.

Przy sekcyjach obecnym jest zwykle chemik sądowy, a to w celu rozpoznania woni mogących pochodzić z kwasu pruskiego, karbolu, fosforu, chloroformu i t. d., a dobywających się z wnętrzności zwłok zatrutych temi przetworami. Również może chemik na miejscu poddać badaniu resztki istot trujących w miazdze pokarmowéj zawarte, jak n. p. ziarna arszeniku.

W celu wstępnych prób przy sekcyi używa się zwykłych papierków odczynnikowych dla wykrycia kwasu lub zasady, papierków napojonych nastojem żywicy gwajakowéj i siarkanem miedziowym dla wykrycia związków sinu (próba Preyera z modyfikacyją Schönbeina), papierków napojonych rozczynem azotanu srebrowego dla wykrycia fosforu.

Nadzwyczaj ważnym jest sposób dokładny przechowania wnętrzności do badania chemicznego przeznaczonych. Pojedyncze wnętrzności wkłada się do obszernych słojów starannie oczyszczonych, następnie wlewa się do nich treść wnętrzności. W celu zapobieżenia zgniliźnie wnętrzności i treści ich w słojach zawartych nie używa się ani alkoholu, ani żadnych środków przeciwgnilnych, raz z obawy przed możliwą omyłką przy badaniu chemicznem, gdyż środki te mogą być zanieczyszczone, powtóre, iż niektóre z tych środków jak n. p. alkohol mogą być przeszkodą w badaniu chemicznem; alkohol, jak wiadomo, niszczy zdolność fosforescencyi treści fosfor zawierającéj a przecież na własności téj opiera się najdokładniejsza próba fosforowa. Słoje zatyka się zwykłemi korkami, które przywiązuje się sznurkiem opieczętowanym woskiem. Korka nie pokrywa się warstwą wosku, bo zbyt hermetyczne zamknięcie uniemożliwia uchodzenie gazów gnilnych, wreszcie mógłby wosk przy wydobyciu korka w postaci małych odłamków wpaść do treści w słojach zawartéj i stać się powodem omyłki przy badaniu chemicznem; zawiera on bowiem ołów. Wnętrzności winny spoczywać oddzielnie jedne od drugich, zwłaszcza z tego względu, iż nieraz trzeba poszukiwać, w którym z pojedynczych narządów wewnętrznych trucizna się znajduje.

W tych przypadkach, w których rozbiór chemiczny natychmiast po sekcyi dokonanym być nie może, tam należy lica sądowe ustrzedz przed zgnilizną; uskutecznia się to wstawieniem naczyń z licami do sali w Morgue, w któréj ciepłota utrzymywaną jest stale niżéj 0° C. a doświadczenie poucza, że gnicie w ciepłocie między + 2° a — 2° C. rozwinąć się nie może. Niższej ciepłoty od 0° użyć nie można z obawy przed zamarznięciem treści słojów i następowem rozsadzeniem słojów.

W przypadkach, w których przyczyną śmierci było otrucie, postępuje się w następujący sposób: Krew poddaje się rozbiorowi co do możliwéj zawartości CO, następnie treść żołądka i jelit dzieli się na dwie równe części; z tych poddaje się małą próbkę badaniu co do zawartości możliwéj fosforu, związków sinu, kwasów lub zasad, następnie metali trujących a to głównie ołowiu, rtęci, antymonu i arsenu, wreszcie alkaloidów. Gdy w próbce wykryto jednę z trucizn, poddaje się jednę część treści ściślejszemu rozbiorowi w wytyczonym przez próbne badanie kierunku, drugą zaś część przechowuje się do rozbioru kontrolującego (*contre-expertises*), przedsiębranego na żądanie odpowiednych władz.

Krew co do zawartości CO poddaje się próbie spektralnéj. Spektroskop używany jest zwykłym, a tylko lampa oświetlająca jest odmienną od zwykle używanych. Lampa ta pomysłu Wiesnegga jest podwójną i ma szkła powleczone blachą; w téj powłoce blaszannéj tłumiącéj światło, znajduje się otwór 1 ctm. szeroki a 6—7 ctm. długi, przez który pada światło na cpruwetkę rozczyn badany krwi zawierającą. Jedna lampa jest stale umocowaną na podstawce, druga zaś na ramieniu okręcalnem około lampy pierwszéj. Lampa ruchoma służy do oświetlenia podziałki przyrządu spektralnego. Spektroskop oznacza tylko jakościowo, czy badana krew zawiera CO, lub nie. Z krwią, w któréj CO znaleziono, a rozchodzi się o obliczenie ilości CO we krwi zawartéj, postępuje się w następujący sposób: dobywa się ze krwi gazy za pomocą skombinowanego przyrządu połączonego z pompą rtęciową pomysłu Alvergniata. Gazy dobywające się ze krwi w tym przyrządzie jak O, CO_2 i CO ulegają rozdzieleniu w ten sposób, iż po uwolnieniu mięszaniny tych gazów od pary wodnéj przez przepuszczenie ich przez rurkę zawierającą zgęszczony kwas siarkowy, tlen zagęszcza się w rurce z kwasem pyrogalusowym, CO_2 w rurce z wodnikiem potasu, a czysty CO zagęszcza się w chlorku miedziowym. Lub też wolny od przymieszek gazowych CO chwyta się pod rtęcią w przyrządzie Doyérea i tu ilość jego się oblicza. Czasem używa się do obliczenia ilości CO metody spalenia w eudiometrze Ribana, mimo to jednak sposób obliczenia z zagęszczenia się CO w chlorku miedziowym jest najwygodniejszym.

Fosfor wykrywa się metodą Mitscherlicha-Scherera, poddając treść badaną poprzód zarobioną z wodą i kwasem winowym destylacyi w chłodnicy Liebiga. Rura chłodnicy oziębiona zimną, ciągle przepływającą wodą, mieści się w skrzynce wewnątrz zaczernionéj, w któréj przedniéj ściance znajdują się dwa otwory dla óczu, aby można widzieć błyski par fosforowych. Treść zawierająca fosfor daje wówczas dodatni wynik przy tym co dopiero opisanym sposobie badania, jeśli nie zawiera istot takich, jak alkohol, eter, amoniak i t. d. i jeśli jest świeżą, to jest, gdy fosfor nie utlenił się jeszcze na fosforyny.

W tych warunkach poddaje się treść badania sposobem Dussarta i Blondlota, a to w następujący sposób: treść badaną zawierającą już utleniony fosfor wlewa się do przyrządu wytwarzającego wodór; wówczas tworzy się gazowy trójwodek fosforu płonący charakterystycznym płomieniem w środku zielono zabarwionym. Płomień ten daje w przyrządzie spektralnym trzy smugi, jednę w E, drugą między E i F, trzecią bledszą między D i E.

Destylat uzyskany przy próbie Mitscherlicha poddaje się próbom celem wykazania związków sinu. W tym celu dodaje się do destylatu nadmiar wodnika potasu i kilka kropel siarkanu żelazawego i żelazowego; osad powstały rozpuszcza się w kwasie solnym i strąca się za chwilę w postaci błękitu pruskiego, jeżli destylat zawierał związki sinowe. Dla upewnienia używa się jeszcze drugiéj próby, zwanéj rodanową; destylat ogrzany z jedną lub dwiema kroplami siarczku amonu, następnie z kilku kroplami HCl, przesączony, przyjmuje wysycone ciemno-czerwone zabarwienie wina burgundzkiego za dolaniem chlorku żelazowego, jeżli destylat zawierał związki sinowe. Ilościowo oblicza się zawartość związków sinowych miareczkowanym rozczynem jodu. Związki sinowe ulegają łatwo rozkładowi a ponadto są lotne, ztąd też w świeżéj tylko treści wykrytemi być mogą. (C. d. n.)

Bakteryjologija.

Teissier, Roux, Pittion (Paryż): **Prątki influenzy.**

T., R. i P. podali w 1890 r. wynik dochodzeń swych bakteryjologicznych nad przyrodą influenzy. Znaleźli oni w moczu chorych prątek mający postać *diplobacillus*, we krwi zaś postać *streptobacillus* o krótkich laseczkach. Różnorodność tę tłómaczą autorowie rozmaitością środowiska, w którem prątki te znachodzili. Wyniki jednak szczepienne tak jednych jak drugich prątków wywoływały u królików te same objawy, które także odpowiadały obrazowi grypy.

Dr. Wachholz.

Farmakologija.

Carles: **O używaniu wosku do zarabiania pigułek.**

Autor występuje w *Bull. de la Soc. de pharm. de Bord.* przeciw rozpowszechnionemu zwyczajowi zarabiania pigułek kreozotowych, gwajakolowych, santalowych i i. za pomocą wosku. C. wychodzi z zasady, że istota służąca jako podstawa do pigułek powinna posiadać dwie ważne zalety: lepkość czyniącą ją zdolną do utrzymania razem części składowych i własność łatwego rozpuszczania się w soku żołądkowym i jelitowym. Wosk posiada tylko pierwszą własność, jednakże jest zupełnie w sokach przewodu pokarmowego nierozpuszczalny. Ponieważ wosk topi się w ciepłocie 62°, przeto ciepłota ciała nie wystarcza do stopienia wosku

nawet w mięszaninie o nieco niższym punkcie topliwości. Również liczyć nie można na działanie soków trawiących, wobec których składniki wosku pozostają bez zmiany. W ten sposób przygotowane pigułki mogą przejść przez przewód pokarmowy nie uległszy zmianie, lub pozostawać przez czas dłuższy w jelitach, co np. wobec kreozotu i t. p. istot nie jest dla ściany jelita obojętnem. Z tego powodu radzi C. nie używać wosku do zarabiania pigułek.

Specyjalnie co do kreozotu i gwajakolu niewłaściwem jest stosowanie tych środków w postaci pigułek, i niejednokrotnie też przeciw temu sposobowi występowano, gdyż pomijając już wyżéj przytoczone wady, woń niemiła kreozotu staje się zawsze przeszkodą dłuższego stosowania. Za najstosowniejszą postać, w któréj kreozot można podawać, należy uważać kapsułki. Z wyrobów naszych krajowych, bez uprzedzenia przyznać trzeba, najbardziéj polecenia godnemi są kapsułki „Hygea“, które jakkolwiek mają cienką powłokę żelatynową łatwo rozpuszczalną, są zupełnie bezwonne, co o innych kapsułkach nawet firm zagranicznych powiedzieć nie można. *Dr. Beck.*

V. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29.)

W dyskusyi nad odczytami prof. Obalińskiego i Dra Śmiechowskiego zabrał głos prof. Rydygier, podając własne spostrzeżenia co do wyników różnego leczenia gruźlicy stawów. Jako operator oddziału chirurgicznego w szpitalu dla dzieci św. Ludwika, gdzie po większéj części zmuszony jest w obec gruźlicy stawów stosować leczenie zachowawcze, miał dość sposobności nabrać przekonania o wynikach téj metody leczniczéj. Otoż pod tym względem prof. Rydygier ma wręcz przeciwne zapatrywanie niż je mają chirurgowie niemieccy a szczególnie König, który na zjeździe berlińskim podawał 50% wyleczenia pod wpływem leczenia konserwatywnego. U dzieci, leczonych w szpitalu św. Ludwika, po bezskutecznem stosowaniu nieraz przez kilka miesięcy ekstenzyi, trzeba w końcu po większéj części uciekać się do operacyi. Ilość wyleczonych metodą zachowawczą przypadków jest bardzo nieznaczna. Podobnego doświadczenia nabył mowca już dawniéj w klinice Huetera, z kliniki Esmarcha wyszedł cały szereg przypadków niby wyleczonych, które zgłosiwszy się do Huetera poddały się operacyi. W tem właśnie leży błąd statystyki, że chorego, który powtórnie się nie zgłosi, uważa się za wyleczonego, tymczasem najczęściej chory, gdy dostanie recydywy nie wraca do tego samego lekarza, lecz udaje się do innego. Również i praktyka prywatna dostarczyła mowcy licznych dowodów bezskuteczności leczenia konserwatywnego, pomimo, że były to przypadki tyczące się osób zamożnych, które dobrem odżywianiem się, pobytem w świeżem powietrzu i t. d., mogłyby skutecznie popierać leczenie. Tymczasem po większéj części trzeba było w końcu podejmować operacyję.

Z tego względu mowca nie jest zwolennikiem leczenia zachowawczego, a jakkolwiek na razie nie jest w stanie, przedstawić w cyfrach wyników leczenia drogą operacyjną, to zapewnić jednak może, że wyniki po resekcyach ma bardzo dobre. Rokowanie po resekcyi zależy między innemi od samego stawu dotkniętego cierpieniem i podczas gdy najpomyślniejsze wyniki osiągamy po resekcyi stawu kolanowego, gdzie od razu dążymy do otrzymania zesztywnienia, to po resekcyjach stawu biodrowego rezultaty są daleko gorsze. Względnie dobremi są wyniki po resekcyi stawu łokciowego, pomimo utrzymania ruchomości stawu. Przemówienie swoje kończy prof. Rydygier przyrzeczeniem, że na przyszły zjazd chirurgów zestawi cały swój materyjał tyczący się leczenia gruźlicy stawów, oraz radą wystosowaną do prelegenta, aby w rubryce „wyleczeni“ uwzględniać czas, który upłynął od operacyi do chwili wyzdrowienia, względnie czas trwania postępowania zachowawczego aż do wyleczenia.

Dr. Schramm na podstawie własnego doświadczenia opartego na bardzo obfitym materyjale wypowiada przekonanie, że ani konserwatywne leczenie, ani resekcyja sama, nie mogą dać zadowalających rezultatów i żadną miarą nie można obstawać przy jednéj metodzie leczniczéj. Mowca zestawił był w roku zeszłym statystykę w ten sposób, jak to prof. Rydygier właśnie radzi i dowiadywaniem się o chorych dawniéj leczonych doszedł do tego, że bardzo wielu chorych, których uważano za wyleczonych, uległo recydywie. Śmiertelność u takich, którzy po resekcyi wypuszczeni zostali z pod opieki lekarskiéj jako wyleczeni, jest bardzo znaczna; mowca przygotowuje pracę do druku, w któréj wykaże to cyframi. Wynika ztąd, że rezultaty, jakie przedstawił prof. Obaliński, stracą z swéj świetności, jeżeli się dowiemy o dalszych losach chorych. Zdaniem dra S. rokowanie u dorosłych jest lepsze, niż u dzieci, u których po wyleczeniu cierpienia w jednym stawie pojawia się nader często gruźlica innych stawów. Wogóle różne przypadki przedstawiają się rozmaicie, jedne nadają się lepiéj do resekcyi, inne do leczenia zachowawczego i dlatego mowca proponuje, aby w przyszłéj statystyce uwzględniano w osobnéj rubryce stan obecny chorego przed leczeniem, gdyż stan ten ma na sposób leczenia wpływ niewątpliwy. Trudno bowiem przystąpić odrazu do resekcyi w obec małego obrzęku, lub leczyć zachowawczo w obec rozległych przetok. Co do leczenia zachowawczego osiągnął mowca zadowalające wyniki w gruźlicy stawu biodrowego, lepsze niż po resekcyi; być może dlatego, że z resekcyją długo czekał. Również w gruźlicy stawu kolanowego rezultaty leczenia wyczekującego są pomyślne od czasu, jak stosuje wstrzykiwania wśródstawowe mięszaniny jodoformu z olejkiem migdałowym i eterem.

Dr Gabryszewski zgadza się z drem Schrammem co do ostatecznych wyników po leczeniu gruźlicy stawów. Podejmując się zestawienia wyników tego leczenia w klinice krakowskiéj przekonał się mowca, że dowiedzenie się o dalszych losach chorych po opuszczeniu kliniki jest w połowie przypadków niemożliwe. Z zasięgniętych jednak wiadomości (koło 120 przypadków), nabiera się przekonania, że połowa przypadków uważanych za wyleczone ulega recydywie. Najlepsze wyniki osiągnięto po resekcyi stawu kolanowego, najgorsze po resekcyi stawu biodrowego i operacyjach na stopie. Kilka przypadków śmierci zanotowano po resekcyi stawu biodrowego, ale nie bezpośrednio po operacyi, lecz po upływie pewnego czasu. Po resekcyi stawu kolanowego nie było ani jednego przypadku śmierci a procent nawrotów choroby był nadzwyczaj mały. W stawie kolanowym nie wykonano nigdy artrektomii, lecz zawsze resekcyję, gdyż nie zależy tu na utrzymaniu ruchomości stawu, lecz owszem dąży się do otrzymania zrostu kości.

Po resekcyi w stawie łokciowym recydywy były dość częste, a po resekcyi w stawach ręki wyniki były pod względem funkcyi niepomyślne. Leczenie zachowawcze nie dawało dobrych rezultatów, względnie najlepsze jeszcze osiągnięto po injekcyjach mięszanki jodoformowéj. Stosowanie balsamu peruwiańskiego przydatne jest jedynie po resekcyi, gdyż przyspiesza gojenie pooperacyjne.

Dr. Drobnik (Poznań) przyznaje słuszność prelegentowi, że gruźlica stawów przebiega pod względem złośliwości bardzo odmiennie, jednakże sprzeciwia się odróżnianiu takich postaci, które uważamy za gruźlicę a nią nie są. Przekonanie się, czy cierpienie jest natury gruźliczéj czy nie, jest obecnie rzeczą łatwą. Jednakże nie ulega wątpliwości, że postacie same są nader różne i podczas gdy w jednych przypadkach leczenie zachowawcze prowadzi do bardzo pomyślnych rezultatów, w innych najenergiczniejszy rękoczyn pozostaje bez skutku. Nadto zauważono, że złośliwość gruźlicy i przebieg jéj po operacyi jest w różnych krajach rozmaity i dlatego statystyka różnych operatorów przedstawia odmienne rezultaty. Ale nietylko okolica, lecz

także i inne stosunki niewątpliwie wpływ na przebieg cierpienia gruźliczego wywierają. Pod tym względem dziwnem jest, że gruźlica stawów i kości występuje daleko złośliwiéj w klasie ludzi zamożnych, gdzie warunki zdrowotne są bardzo dobre, niż u ludzi biednych pozbawionych wszelkich warunków higijenicznych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 lipca. Ze Wschodu dochodzą wiadomości o szerzeniu się cholery, poniekąd zastraszające, o ile lud ciemny miasto stosowania się do zleceń rządowych zabiera się do niszczenia szpitali i znieważania osób lekarskich, a więc zamiast ratowania się zwiększa grozę położenia. Szczególna to ironia losu, że obok ofiar, które zabiera epidemija, zachodzi potrzeba przyczynienia ofiar za pomocą broni palnéj, aby usunąć nieporządek i wybryki, których dopuszczają się ludzie zamiast pomyśleć o ochronie własnéj. Na szczęście cholera postępuje naprzód niezbyt szybko, tak że na teraz ogranicza się w Europie do okolic nadwolżańskich; wiadomości bowiem o pojawieniu się jéj w Odessie i innych miastach więcéj do nas zbliżonych, na szczęście dotąd się nie sprawdziły, a również przesadzone przynajmniéj były wieści o ukazaniu się cholery w Paryżu i niektórych innych miastach francuskich. Państwo austro-węgierskie, z dwóch stron zagrożone, czyni przygotowania wszystkie dla skutecznéj obrony w razie zbliżenia się niepożądanego gościa; tak rozporządzeniem z d. 8 b. m. do l. 14,192 Ministerstwo spraw wewnętrznych we Wiedniu zwróciło uwagę wszystkich krajowych władz politycznych, a w szczególności Namiestnictwa galicyjskiego i rządu bukowińskiego na grożące niebezpieczeństwo, Namiestnictwo zaś galicyjskie zarządziło natychmiast ustanowienie dozoru lekarskiego w głównych stacyjach granicznych, a mianowicie w Brodach, Podwołoczyskach i Szczakowie, wreszcie Magistrat krakowski wydał odezwę do mieszkańców zalecając środki ostrożności; wszystkie te rozporządzenia są bardzo odpowiednie, pragnęlibyśmy tylko, aby w mieście naszem rozporządzenia te zostały wykonane z odpowiednim rygorem, a wyrazić musimy zdziwienie, że dotąd nie słyszeliśmy wcale o działaniu komisyi sanitarnéj miejskiéj; natomiast krząta się Tow. lekarskie krakowskie, którego komitet temi dniami ma odbyć posiedzenie *ad hoc*, aby przyjść w pomoc komisyi sanitarnéj i wogóle przyczynić się do ułatwienia Władzom trudnego ich zadania. Postaramy się, aby odtąd zdawać sprawę ze wszystkich czynności, zmierzających do zmniejszenia grożącego niebezpieczeństwa i prosimy niniejszem o dostarczanie nam dat odpowiednich.

* Na ostatniem swem posiedzeniu Wydział lekarski na wniosek dziekana zamianował asystentem przy katedrze chemii lekarskiéj Dra filozofii Michała Sękowskiego na 2 lata; na wniosek zaś prof. Korczyńskiego 1-ym asystentem przy klinice lekarskiéj Dra Józefa Rosenzweiga, asystentem 2-im Dra Ludomiła Korczyńskiego, bezpłatnymi zaś elewami Drów Maryjana Piątkowskiego i Bolesława Madeyskiego, wreszcie na wniosek prof. Rydygiera uchwalił udać się do Ministerstwa Oświaty z prośbą o systemizowanie bezpłatnej 3-éj asystentury przy klinice chirurgicznéj na rok przyszły. Po załatwieniu licznych innych spraw prof. Rydel, jako najstarszy z obecnych na posiedzeniu profesorów wniósł podziękowanie dla ustępującego dziekana za sumienne kierowanie sprawami Wydziału w ciągu upływającego roku szkolnego, na co jednogłośnie się zgodzono.

* W tygodniu 27-ym (od 3—9 lipca) było w Krakowie małżeństw 15, urodzeń 74, skonów 50, z tych z gruźlicy 9, z zapalenia płuc 7, z nieżytu żołądka i jelit 5, z dławca i błonicy 3, z duru plamistego 2, z ospy 1, z płonicy 1.

* W Krynicy było do dnia 11 lipca gości 1961. — w Truskawcu 575, w Pyszczanach 2236, w Szczawnicy 1094.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Bresiewicz Stanisław z Krakowa, Smyczyński Władysław z Przemyśla i Aron Wohlfeld z Rzeszowa.

* **Zmarli.** We Wiedniu Dr. Filip Markbreiter, założyciel czasopisma *W. med. Presse* w 89 roku życia; w Marburgu b. prof. fizyjologii Dr Herman Nasse, tajny radzca lek. w tymże samym wieku; w Manchesterze chemik niemiecki Karol Schoslemer, licząc lat 58. — W Astrachanie padł ofiarą swego zawodu Dr. Sokołów, zamordowany przez rozjuszone pospólstwo śród pełnienia swych obowiązków u chorych na cholerę. Jakby zaraza za mało ofiar zabierała, dopomagają jéj ludzie sami, rzucając się na lekarzy pod pozorem, że oni zabijają chorych i grzebią żywych, podpalają szpitale i wyrzucają chorych; otóż i tego doczekaliśmy się u schyłku sławionego z postępu wieku XIX., który się zapowiadał tak wiele obiecująco pod godłem wolności i oświaty.

Dotychczasowe składki na tablicę pamiątkową dla śp. prof. Dra Izydora Kopernickiego nie pokryły kwoty kosztorysu; z tego powodu dalsze ofiary na ten cel, które należy przesyłać pod adresem Dra A. Kwaśnickiego (Kraków, ulica Basztowa, 4) są pożądane.

Po zamknięciu rachunków zostanie ogłoszoną lista imienna ofiarodawców.

Dr. Domański.
Dr. Kwaśnicki.

Sprostowanie. W artykule Dra Rosenblatta „Zatrucie karbolowe itd.“ (Nr. 29, str. 359, II szp., w. 27) zamiast „czerwono-zielone i czerwono fijołkowe“, powinno być: „czarno-zielone i czarno-fijołkowe“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 30 Lipca 1892. Nr. 31.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.
Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XXIII.

Śmierć ze wstrząśnienia mózgu czy z uduszenia przez ucisk na klatkę piersiową?

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

(Dok. Patrz Nr. 30.)

Sąd niezadowalając się snać tym orzeczeniem zawezwał dwóch innych lekarzy Drów C. i D., których orzeczenie w téj sprawie opiewało:

Uszkodzenia na głowie Jacia T. powstały wskutek silnego uderzenia kijem lub innem narzędziem twardem, tępem. Niektóre sińce na głowie mogły także powstać przy upadnięciu, ale możebną jest rzeczą, że wszystkie zadane zostały przez osobę trzecią. Złamanie mostka i żeber najprawdopodobniéj powstały przez silne uderzenie kolanami. Wszystkie te obrażenia razem wzięte musiały wywołać gwałtowną i rychłą śmierć w ciągu kilku lub najdaléj kilkunastu minut. Wskutek uderzenia głowy Jać T. doznał wstrząśnienia mózgu i stracił przytomność, a następnie wskutek złamania mostka i żeber doznał wstrząsu (*shock*), co wskazują przekrwienia organów wewnętrznych i czarna płynna krew. Czy Jać T. za życia został wrzucony do wody, stanowczo orzec nie można, bo brak wody w żołądku nie stanowi żadnego dowodu, u topielców bowiem często znajdujemy żołądek próżny. Gdy jednak uszkodzenia znalezione na zwłokach rychłą śmierć Jacia T. wywołały, a były tak liczne, że żadną miarą przy wrzucaniu go do wody w téj liczbie powstać nie mogły, prawdopodobniejszem jest, że ciało już po śmierci do wody się dostało. Za tem, że Jać T. za życia wrzucony został do wody, przemawiałyby zmiany znalezione w organach wewnętrznych, to jest przekrwienie i czarna płynna krew w komórkach serca, te zmiany napotykamy u osób utopionych, ale zmiany takie występują także u osób, które wskutek wstrząsu nagle umarły. Chcąc przypuścić, że Jać T. wrzucony został do wody śród agonii, to śmierć jego, która i tak wkrótce miała nastąpić, zostałaby nieco przyśpieszoną. Żeby Jać T. przypadkowo wpadając do basenu poniósł opisane uszkodzenia, nie jest prawdopodobnem, gdyż staczając się do basenu nie mógłby sobie tyle i tak ciężkich zadać uszkodzeń i takowe nie byłyby jedynie na przedniéj powierzchni ciała umiejscowione. Orzekają zatem, że Jać T. zmarł śmiercią gwałtowną wskutek *commotio cerebri* i *shocku*, które wywołane zostały wskutek zadanych mu przez osobę trzecią silnych uderzeń w głowę oraz wskutek złamania mostka i żeber.

Przy rozprawie przed sądem przysięgłych, która odbyła się z oskarżonymi w dniach 29—31 sierpnia, wezwani jako znawcy Drowie E. i F. orzekli znów jak następuje: Bezpośrednią przyczyną śmierci Jacia T. było u d u s z e n i e, które nastąpiło albo przez p r z y g n i e c e n i e klatki piersiowéj kolanem, albo przez dostanie się Jacia T. do wody. N a j p r a w d o p o d o b n i é j uduszenie nastąpiło przez przygniecenie a nie we wodzie, bo nie znaleziono wcale wody w krtani ani w płucach. Przemawia za tem, że i żebra proporcyjonalnie złamane były po obu stronach. Rany na głowie, zadane narzędziem twardem i tępem, nie były śmiertelne, lecz śmierć przyspieszyły. Można wprawdzie otrzymać takie uszkodzenie spadając ze znacznéj wysokości na podstawę twardą, lecz tu nie jestto prawdopodobnem, bo musiałyby być znaki zewnętrzne na piersiach. Człowiek staczający się ze schodów stanowczo nie poniesie takich uszkodzeń.

Wreszcie na uwagę zasługują jeszcze zeznania dwóch świadków ważnych. Pierwszym jest Dmytro T., 6 l e t n i syn Dmytra, który to chłopczyk spał owéj nocy w łaźni. Przesłuchany d. 3 czerwca podał: Naraz bracia Ch. rzucili się na tatę, zwalili go z ławki na schodach na podłogę, bili go grubemi drągami po głowie, zdziałali mu 3 dziury z których krew ciekła, potem g n i o t l i g o k o l a n a m po piersi, a w końcu jeden z nich, Demko Ch. wziął go za głowę a Iwan za nogi, nieśli go i rzucili do wody a potem uciekli.

Tenże przesłuchany b e z p r z y s i ę g i śród rozprawy ostatecznéj zeznał co następuje: Ojca bił t y l k o Demko Ch. polanem, ściągnąwszy go ze schodów, poczem uchwycił go za nogi i ciągnął po schodach do basenu. Wreszcie tenże

przesłuchany ponownie d. 5 grudnia podał: Ojca zabili bracia Ch. w ten sposób, że pijanego i śpiącego już na stopniu ściągnęli na podłogę. Demko Ch. kamieniem uderzył ojca po piersi a może i po brzuchu, a raz po głowie; obaj nieśli go do basenu a świecił się wtedy kaganiec naftowy. Żona Iwana dała świadkowi kamizelkę, jabłka, bułki i kawę, aby na Iwana nie mówić.

Jako ostatni, a najważniejszy świadek stanął niejaki St., który owéj nocy wybierając się na dworzec kolei, a przechodząc koło łaźni spostrzegł, że o téj niezwykłéj porze świeci się tam, a zaglądając przez okno widział jak bracia Ch. znosili człowieka po schodach do basenu. Rodzice tego świadka poświadczają, że syn powróciwszy do domu, opowiedział im zaraz, co widział w łaźni.

Na podstawie aktów śledztwa Wydział wydał orzeczenie następującéj treści:

1) Jać T. umarł wskutek uduszenia. Uduszenie było gwałtowne i zdziałane zostało wskutek przytłoczenia jego klatki piersiowéj kolanami, albowiem sekcyja wykazała (Nr. 20 i 21) złamanie mostka pomiędzy 3-im a 4-ym żebrem, następnie złamanie 3 i 4 żebra prawego i 3 i 4 żebra lewego, połączone z podbiegnięciem krwi skrzepłéj. Obrażenia te, świadczące o ugnieceniu, zwłaszcza gdy na tylnéj stronie mostka znaleziono odłamek kostny, w danym razie mogły powstać tylko wskutek ugniecenia kolanami, za czem w szczególności przemawia i symetryczne złamanie 4 żeber i mostka. Takie ugniecenie kolanami w zupełności wystarcza do uduszenia człowieka, zwłaszcza pijanego, a więc do skutecznéj obrony nie zdolnego. Uduszenie zaś wywołuje śmierć szybką, a w danym razie za śmiercią szybko powstałą przemawia płynność krwi w sercu (Nr. 23).

2) Z tego powodu niepodobna odpowiedzieć stanowczo na pytanie, czy Jać T. za życia lub po śmierci dopiero został rzucony do wody, w któréj ciało jego martwe znaleziono. Jakkolwiek przeciw dostaniu się Jacia T. do wody w ostatnich chwilach za życia nie przemawia brak wody w żołądku i w drogach oddechowych, ponieważ u ludzi notoryjnie utonionych niekoniecznie wodę w tych drogach znajdujemy, a zresztą zmiany znalezione na trupie po utonięciu nie różnią się wcale od zmian znalezionych u ludzi zmarłych z uduszenia, — jakkolwiek więc niepodobna rozróżnić, czy Jać T. duszony kolanami umarł wśród duszenia lub w ostatnich chwilach życia dostał się do wody i w niéj życie zakończył, — to jednak bacząc na silny ucisk kolanami wywarty, o wiele jest prawdopodobniejszem, że umarł pod kolanami z uduszenia i po śmierci dopiero dostał się do wody. W każdym razie, przypuściwszy możność, że dostał się do wody jeszcze za życia, nie ulega wątpliwości, że dostał się do niéj w stanie asfiksyi, a więc w stanie bezdechu i nieprzytomności, jeżeli się uwzględnia, że przed dostaniem się do wody doznał nietylko silnego ugniecenia klatki piersiowéj, ale nadto ciężkiego obrażenia głowy i twarzy, które wobec stanu upojenia, w którym się znajdował już przed doznanem obrażeniem, musiało go szybko pozbawić przytómności.

3) Obrażenia, które sprawdzono na głowie i twarzy Jacia T., powstały za życia i zadane zostały narzędziem tępem, najprawdopodobniéj przed ugnieceniem klatki piersiowéj, za tem bowiem przemawia krew skrzepła w otoczeniu ran znaleziona. Obrażenia te atoli, jakkolwiek ciężkie, nie stały się przyczyną śmierci Jacia T., ponieważ ani czaszka nie była uszkodzoną, ani nie znaleziono wynaczynienia śródczaszkowego, a wobec przyczyny śmierci znalezionéj w duszeniu i uduszeniu, przypuszczenie wstrząśnienia mózgu śmiertelnego nie jest uzasadnionem, a przynajmniéj zbytecznem.

4) Z obrażeń, znalezionych na Jaciu T., niektóre mogły powstać wskutek upadnięcia, ale bynajmniéj nie wszystkie. Przedewszystkiem stanowczo wykluczyć należy możność, aby złamanie mostka i 4 żeber miało powstać skutkiem spadnięcia z wysokości, a jeżeli przypuści się, że z obrażeń głowy jedne, jak n. p. obrażenie czoła, nosa, powstały wskutek spadnięcia, to niepodobną byłoby rzeczą klaść na karb spadnięcia obrażeń skroni i wierzchołka głowy.

5) Następnie zwraca się uwagę świetnego Sądu, że zeznania Dmytra T., jakkolwiek niezawsze zgodne ze sobą, przecież ze stanowiska sądowo-lekarskiego na wiarę zasługują, ponieważ nie popadają w sprzeczność z doświadczeniem sądowo-lekarskiem, najlepiéj całe zajście tłomaczą, a przedewszystkiem wspominają wyraźnie o ugnieceniu kolanami, które ślad niezatarty pozostawiło i stało się przyczyną śmierci, a niepodobna pomyśleć, jakoby chłopiec 6-letni mówił o kolankowaniu, które rzeczywiście miało miejsce, gdyby go nie był widział.

6) W końcu dodaje się, że czasu, jaki upłynął od chwili zadania ran na głowie i twarzy aż do śmierci, oznaczyć ściśle nie można, że niekoniecznie 10—15 minut upłynąć musiało, że przeciwnie wszystkie akty mogły szybko po sobie nastąpić.

Są uszkodzenia tak charakterystyczne, że na ich podstawie lekarz sądowy może z pewnością domyśleć się sposobu ich powstania, a tem samem i przyczyny śmierci, tak oniemal, jakby był świadkiem naocznym samego zajścia. Do tych uszkodzeń należą wielokrotne złamania żeber. Jeżeli w pewnym przypadku znalazłszy takie złamania, możemy wykluczyć powstanie ich skutkiem spadnięcia ze znacznéj wysokości, skutkiem przejechania lub przytłoczenia większym ciężarem, wtedy z koniecznością nasuwa nam się myśl, że złamania te wywołane zostały przez ugniecenie kolanami ludzkiemi. Ugniecenie takie może wywołać śmierć przez uduszenie skutkiem unieruchomienia klatki piersiowéj. Jakkolwiek śmierć wskutek przytłoczenia klatki piersiowéj zazwyczaj następuje prędko, zdarzyć się jednak może, że ucisk wywarty kolanami ustaje prędzéj, aniżeli śmierć następuje z uduszenia, a jeżeli człowiek potem z innéj umiera przyczyny, zawsze pozostaje ślad poprzedzającego przytłoczenia kolanami, jeżeli znajdujemy złamanie kilku żeber. Zadanie lekarza sądowego jest jednak trudne, jeżeli człowiek, poprzednio kolanami deptany, następnie umiera z uduszenia w inny sposób wywołanego, n. p. jeżeli ciało jego znajdujemy we wodzie, jak w przypadku, o którym mowa, a jeżeli się o to rozchodzi, czy po ugnieceniu kolanami dostał się do wody żywy jeszcze i w niéj utonął, lub też czy po śmierci z uduszenia wywołanego kolankowaniem do wody rzucony został. Wobec doświadczenia, że rozpoznanie śmierci z utopienia jest rzeczą bardzo trudną, zadanie staje się tem trudniejszem, prawie niepodobnem do rozwiązania, jeżeli na zwłokach znalezionych we wodzie wykrywamy ślady świadczące o duszeniu człowieka w sposób mechaniczny. Wobec takiego przypadku możebną jest trojaka przyczyna śmierci: śmierć z uduszenia wskutek działania przyczyny mechanicznéj, w danym razie wskutek ucisku wywołanego kolanami na klatkę piersiową, o którym to ucisku świadczą żebra zła-

mane, śmierć we wodzie śród konania, albo wreszcie śmierć z utonięcia.

Tu przypomnieć nasamprzód należy, że śmierć z utonięcia nie wywołuje żadnych zmian charakterystycznych i że z tego powodu ścisłe rozpoznanie tego rodzaju śmierci zazwyczaj jest niemożebne; wszystkie bowiem cechy dawniéj jako nieomylne podawane nie wytrzymują krytyki; do tych cech należy także i obecność płynu w żołądku i drogach oddechowych, która wszelkie straciła znaczenie rozpoznawcze od lat już kilkudziesięciu dzięki doświadczeniom zrobionym i ogłoszonym przez śp. prof. Limana, z których wynika, że jak z jednéj strony w niewątpliwych przypadkach śmierci z utonięcia płynu, pochodzić mającego ze środka, w którym ciało znaleziono, ani w żołądku ani w drogach oddechowych najczęściéj nie znajdujemy, tak z drugiéj po zanurzeniu ciał martwych w wodzie możemy spotkać się z obfitym nawet płynem tak w jednym jak i w drugim przyrządzie; co większa, błędne przypuszczenie, jakoby za pomocą t. zw. próby usznéj Wredena i Wendta przez wykazanie płynu w jamach bębenkowych, mieszczącego w sobie składniki pochodzące z wody, w któréj trupa wyłowiono, można przekonać się, czy zwierzę żywe lub martwe do wody się dostało, — wkrótce ustąpić musiało w ostatnich czasach przekonaniu, że i po śmierci płyn dostać się może do uszu środkowych, — i tym sposobem znikła nadzieja, abyśmy kiedykolwiek zdołali rozpoznać śmierć z utonięca.

Tak więc lekarz sądowy niema prawa i podstawy do twierdzenia przed Sądem, że śmierć nastąpiła skutkiem dostania się człowieka do wody, — chyba jeżeli inne ważne okoliczności za tem przemawiają, lub jeżeli jesteśmy w stanie drogą wykluczenia wszelkich innych przyczyn śmierci dojść do wniosku, że śmierć nastąpić musiała przez utonięcie. Prawdę tę, oddawna powszechnie znaną, aż do przesytu powtarzać i przypominać od czasu do czasu jesteśmy zniewoleni, skoro z doświadczenia wiemy, że nietylko sędziowie (czemu dziwić się nie można), ale i lekarze, nawet młodsi, w sprawozdaniach swoich przeciw niéj grzeszą ze szkodą dla sprawiedliwości, co tem bardziéj uderza, o ile lekarz w każdym nowszym podręczniku o tem pouczyć się może i powinien.

Nieusprawiedliwionem, jakkolwiek na pozór mniéj rażącem, jest również usiłowanie pp. znawców oznaczenia na minuty czasu, jaki upłynął od chwili zaczepienia Jacia T. aż do jego śmierci. Taka ścisłość matematyczna jest niemożebną i stać się może przyczyną błędnych wniosków ze strony sędziego, jeżeli ostatni nie poznaje się na przesadzie. Tak zdarza się dosyć często w praktyce sądowéj, że lekarz chcąc obrażenie uznać za lekkie uszkodzenie cielesne, oświadcza, że takowe pociągnęło za sobą słabość 18-dniową i naraża się na pytanie sędziego lub oskarżyciela: zkąd on właściwie wie, że w danym przypadku słabość potrwa tylko 18 dni, a nie 15 lub 20.

W przypadku właśnie omówionym była także mowa o śmierci z wstrząśnienia mózgowego, które wywodzono z obrażeń na głowie znalezionych. Śmiercią kończące się wstrząśnienie mózgu nastąpić może wskutek uderzenia głowy narzędziem tępem o podstawie większéj lub uderzeniu się o takowe, ale obrażenie to zazwyczaj nie pozostawia śladów zewnętrznych, a przy sekcyi zmian wewnętrznych w mózgowiu także nie znajdujemy. Dlatego też tylko po wykluczeniu wszystkich innych przyczyn śmierci orzekać możemy o śmierci wskutek wstrząśnienia mózgu; gdzie zaś inna przyczyna śmierci wykazać się daje, tam tem niechętniéj uciekamy się do przypuszczenia smierci ze wstrząśnienia mózgu, o ile ta przyczyna śmierci dla lekarza ze stanowiska anatomicznego jest nieuchwytną.

W końcu jeszcze parę uwag o zeznaniach dwóch najważniejszych świadków. Wprawdzie zazwyczaj nie jestto rzeczą lekarza oceniać wiarogodność zeznań przed Sądem czynionych, chyba, jeżeli one pozostają w sprzeczności z doświadczeniem lekarskiem; te ostatnie przypadki, w których staje się obowiązkiem lekarza zwrócić uwagę Sądu na zachodzącą sprzeczność, a tem samem na nieprawdopodobieństwo zeznania, pomijamy tutaj; do innéj kategoryi bowiem należą zeznania dwóch świadków, o których mowa; w pierwszéj chwili zeznania pierwszego, człowieka dorosłego, nie nasunęłoby żadnego podejrzenia, gdyby nie ta jedna okoliczność, że późno bardzo zgłosił się do Sądu, pomimo że był świadkiem okoliczności tak ważnéj, a zdarza się, że świadectwo ważne a spóźnione jest podejrzanem, jeżeli człowiek znający przebieg śledztwa lub rozprawy ostatecznéj może być obałamucony, podając w najlepszéj wierze to, co słyszał od innych i późniéj jako rzecz spostrzeganą dawniéj przez siebie; takie zboczenia pamięciowe zdarzają się u ludzi cierpiących jakąś nerwicę, zwłaszcza epilepsyję, oraz u alkoholistów. W naszym przypadku atoli zeznanie świadka zostało potwierdzone przez rodziców jego, którym zaraz powróciwszy do domu opowiedział co widział, a więc wtedy, kiedy śledztwo sądowe jeszcze się nie rozpoczęło było. Poważniejsza wątpliwość zachodzić mogła co do zeznania drugiego świadka, syna nieboszczyka, dziecka 6-letniego. Zeznania dzieci należy zawsze przyjmować z wielką ostrożnością, nawet wtedy, jeżeli kilkakrotnie przesłuchane zawsze w jeden i ten sposób, temi samemi słowami fakta podają. Okoliczność tę sędziowie poczytują za dowód prawdomowności dziecka, podczas gdy takie powtarzanie kilkakrotne opowieści jednemi i temi samemi słowami przemawia tylko za dobrem wyuczeniem dziecka przez osobę starszą. Tem większą musi być ostrożność, jeżeli dziecko w kilku przesłuchaniach fakta odmiennie przedstawiają, bo wtedy należy liczyć się z faktem, że dzieci bardzo są przystępne namowie i wskutek przyrzeczenia im podarunku drobnego skłonne są zeznawać inaczéj aniżeli poprzednio, jak to miało miejsce i w powyższym przypadku. Mimo to jednak nie można było odmówić zeznaniom naszego świadka wiarogodnosci, skoro mówił o ugnieceniu klatki piersiowéj ojca kolanami, o czem tylko jedni ze znawców mimochodem wspomnieli, nie przywiązując do tego wcale większéj wagi, a co badanie lekarskie stwierdziło.

II. Purpura haemorrhagica czy haemophilia?

Podał

Dr. Rosenblatt.

Dwumiesięczną córeczkę państwa H. widziałem po raz pierwszy 15 października 1891, a powodem zasięgnięcia porady było ciągłe zaparcie żywota, częsty płacz niedający się niczem uspokoić, występujący napadowo i bezsenność w nocy, podczas gdy za dnia dziecina jedną lub nawet dwie godziny spokojnie przespała. Wypróżnienie kałowe tylko za pomocą lewatyw, po stolcu dziecię się uspokaja. Karmi je matka sama, lecz jako osoba młoda i niedoświadczona po-

daje pierś za każdym razem, kiedy tylko dziecię płakać zaczyna. Sama również cierpi nawykowe zaparcie stolca.

Dziecko odpowiednio do wieku dobrze zbudowane i rozwinięte, zabarwienie skóry prawidłowe z wyjątkiem bardzo ograniczonych miejsc na obu policzkach, gdzie skóra nieco czerwieńsza, suchsza, drobniutko łuszczącym się przyskórkiem i odosobnionemi guzkami pokryta. Wyprysk ten jednakowoż dziecku nie dolega, bo nie widać śladów drapania, ani dziecię twarzyczki nie trze. Gruczoły karkowe nie są macalne. Błony śluzowe powiek, warg i dziąseł prawidłowo zabarwione. Płuca i serce zdrowe. Brzuszek wysklepiony zmienia często postać wskutek kurczowych ruchów kończyn dolnych, połączonych z doniosłym krzykiem. W chwilach wolnych stwierdzić można świeży obrzęk śledziony i stłumienie odgłosu wypukowego po nad obydwiema zatokami biodrowemi. W stolcach obok części zupełnie prawidłowo zabarwionych liczne kawałki twarogu, i nieco śluzu szklistego. Z stolcem odchodzą zawsze wiatry.

Rozpoznanie: *Dyspepsia ac colica flatulenta ex nutritione imperfecta, eczema faciei incipiens, tumor lienis acutus.* Ponieważ oprócz owéj obstrukcyi, dającéj się zresztą wytłómaczyć nieracyjonalnem żywieniem, nie stwierdziłem żadnych objawów choroby angielskiéj ani pocenia się zbytniego na główce, ani wytarcia włosków na potylicy ani *craniotabes*, a bezsenność również dała się dostatecznie wytłomaczyć możyskami, nie mogłem obrzęku śledziony odnieść do choroby angielskiéj, tylko przypuścić sprawę zimniczą, a to tem więcéj, że położenie mieszkania bardzo za tem przemawiało. Po wypłukaniu jelita, odpowiedniem przeczyszczeniu za pomocą kalomelu, przeprowadzeniu racyjonalnego odżywienia dziecka, a dyetetycznego zachowania się matki i po kilkudniowem mięsieniu brzuszka pojawiały się już od 22 go wypróżnienia samoistne i dziecię więcéj bólów nie doznawało.

W ośm dni późniéj wezwano mnie znów do dziecięcia z nadmienieniem, że dostało jakiejś wysypki. Zastałem je istotnie pokryte wybroczynami krwawemi w postaci plamek, kresek i punkcików ciemnoczerwonych i sinawych, za uciskiem palca nie ustępujących. Najczęściéj pojawiły się wybroczynki na czole i na obu policzkach, potem zaś na kończynach dolnych, znachodziły się one jednakowoż także i na klatce piersiowéj, na plecach, na brzuszku i na kończynach górnych. Wielkością nie przechodziły one ziarna prosa, jedynie tylko tuż pod bródką, na karku i w pachwinie lewéj znajdowały się wybroczyny znaczne ciemnofioletowe, postaci podłużnéj aż do 3 centymetrów dochodzącéj, po nad powierzchnię reszty skóry wyniosłe, za dotknięciem miękkie, czyniące wrażenie czyraka już zropiałego. Błona śluzowa dziąseł szczęki dolnéj w $^2/_3$ częściach sino zabarwiona. Zabarwienie to przechodzi aż na wargę. Na błonie śluzowéj dziąseł szczęki górnéj znajdują się również wybroczyny, lecz znacznie mniejsze. Koniec języka wybitnie siny.

Stan dziecka bezgorączkowy, bólów nigdzie ono nie doznaje, bo wyraz twarzy swobodny. Narządy wewnętrzne prawidłowe, apetyt niezmieniony, wypróżnienia prawidłowe. W ciągu dni następnych coraz więcéj przybywało świeżych drobnych wybroczynek, dawniejsze zaś przybierały zabarwienie jaśniejsze. Guzy krwawe pod bródką i w pachwinie nie pękły, lecz pozostały niezmienione, podobnież wynaczynienia na błonie śluzowéj. Mocz krwi nie zawiera. Dziecię nieco przybladło a śledziona znów stała się macalną.

5 listopada podsiniało znacznie oko lewe, wynaczynienie nastąpiło nie tylko w skórę powieki górnéj, ale i w spojówkę. Świeżych wybroczyn na skórze ciała już bardzo mało. Guzy krwawe zmniejszyły się na brzegach, przybrały już barwę żółtawo-zielonkowatą. Stan ogólny nie zmieniony.

11 listopada nie mogłem już żadnych świeżych wybroczynek stwierdzić, a dawniejsze ulegały wessaniu i bladły coraz więcéj. Śledziona się zmniejszyła.

18. było już plamek niewiele a owe guzy krwawe w znacznéj części uległy wessaniu, i nie wystawały więcéj nad poziom skóry, wybroczyna w powiece wyjaśniała bardzo znacznie, a 5 grudnia mogłem dziecię jako uzdrowione z kuracyi wypuścić. Leczenie polegało na usunięciu kąpieli, podawaniu kwasu fosforowego, staraniu się, ażeby dziecię codziennie miało wypróżnienie i możliwy spokój.

Trudniejszem niż leczenie było w tym przypadku rozpoznanie. Ponieważ stan ogólny dziecka pozwalał wykluczyć tak choroby ostre gorączkowe, jak i przewłoczne, wśród których również pojawiają się podobne petechie i większe wybroczyny na skórze, jak n. p. dur plamisty, ospę, płonicę i t. d., daléj bladaczkę, choroby wątroby, choroby serca, zatrucie fosforem i t. p., pozostały nam tylko do rozważenia postacie idyjopatyczne, a zatem po wykluczeniu skorbutu: 1° *purpura rheumatica seu peliosis rheumatica*, 2° *purpura haemorrhagica seu morbus maculosus Werlhofii*, 3° *haemophilia.* A ponieważ pojawienie się wybroczyn bez podwyższenia poprzedzającego ciepłoty, bez bólów w stawach na całem ciele odrazu a nie początkowo tylko na kończynach dolnych, daléj zajęcie błon śluzowych pozwalały nam wykluczyć także i postać pierwszą, pozostało do rozstrzygnięcia czy powodem pojawienia się wybroczyn jest *purpura haemorrhagica*, czy też *haemophilia.* Dla leczenia było to obojętnem, dla rokowania zaś bardzo ważnem, bo w pierwszym przypadku mielibyśmy tylko do czynienia z chorobą przemijającą, w drugim zaś z chorobą bardzo poważną, mającą bardzo doniosłe znaczenie dla całéj przyszłości dziecka.

Wysypka sama przez się, to jest porządek, w jakim na ciele się pojawiała, jéj umiejscowienie najwybitniejsze, i postać samychże wybroczyn, nie dają nam żadnego punktu oparcia. Bo choć niektórzy utrzymują, iż w *purpura haemorrhagica* najpierw i najwięcéj pojawia się wybroczyn na kończynach dolnych, na twarzy zaś bywa ich najmniéj a czasem nawet twarz zupełnie ma być wolną, to w również wielu przypadkach stwierdzono liczne właśnie pojawienie się na twarzy. W przypadku naszym mogło początkujące eczema na policzkach, względnie zaś może i tarcie wskutek świądu dać powód do liczniejszego wystąpienia wybroczyn na twarzy. Co się tyczy postaci wybroczyn, to jest ich wielkości, to jako różnicę podają, iż w *purpura haemorrhagica* częściéj występują tylko *petechie* i *vibices*, to jest prążki, zwłaszcza w stopniu najlżejszym téj choroby, którą dotychczas jeszcze część autorów jako chorobę oddzielną, *purpura simplex*, opisuje, w cięższych zaś na kadłubie i kończynach górnych, również tylko różowe i ciemno-czerwone drobne wynaczynionki, a tylko na kończynach dolnych większe krwawe plamy, podczas gdy na tle *haemophilii* pojawiają się przeważnie wynaczynienia we większych rozmiarach, ekchymozy, a często nawet guzy krwawe, *haematomata*, które posiadają tę właściwość, iż przez długi czas pozostają niezmienione i krew pozostaje w nich na pół płynną. Zachowanie się błony śluzowéj nie daje również żadnéj podstawy do rozróżnienia dwóch rzeczonych chorób, bo w obu również częste bywają wynaczynienia, tak w samą tkankę jak i na wolną jéj powierzchnię. W przypadku też naszym mieliśmy trzy guzy krwawe na skórze obok bardzo licznych petechii i prążków, a wynaczynienia w błonę śluzową dziąseł języka i powieki.

Stan ogólny bezpośrednio poprzedzający i towarzyszący może się również w bardzo małym stopniu tylko przyczynić do rozpoznania. *Purpura haemorrhagica* występuje w największéj liczbie przypadków nagle bez jakiegokolwiek stanu gorączkowego, rzadko tylko jako *purpura febrilis*, a wystąpienia plam nie poprzedzają żadne zboczenia ze strony narządów wewnętrznych. Nie odnosi się to oczywiście do téj postaci, która występuje w rekonwalescencyi po ciężkich chorobach, zwłaszcza po durze brzusznym. Natomiast podlegają krwawcy bardzo często bólom reumatycznym, czy to w mięśniach, czy jeszcze częściéj w stawach, zależnym prawdopodobnie od wynaczynień w torebkę stawową lub w chrząstkowate utkania. Objaw ten nie dał się atoli w naszym przypadku zużytkować, bo popierwsze jest to rzeczą niemożliwą stwierdzić u dziecka niespełna 3 miesięcznego istnienie bólów reumatycznych, powtóre jest ono za młodem, ażeby w ciągu tak krótkiego życia mogło już było doznawać częstych bólów reumatycznych. Mimo to przemawiałoby pojawienie się wynaczynień w tak młodym

wieku prędzéj za hemofilią, niż za purpurą. Najważniejsza zatem rola przypada w rozpoznaniu wywiadom. *Haemophilia* bywa jak wiadomo albo dziedziczną, albo wrodzoną. Przeważnie dotyka cierpienie to płeć męską według zestawienia Grandidiera 12·7 na 1 kobietę, oddziedzicza się jednak tę chorobę tylko po matce nigdy po ojcu, czy to bezpośrednio, czy też z przeskoczeniem jednéj generacyi. Jako przyczynę *hemofilii* wrodzonéj posądza się przedewszystkiem bliskie pokrewnienie rodziców ze sobą, dalej zaś wpływy szkodliwe na matkę podczas ciąży, wreszcie przewłoczne choroby rodziców, jak n. p. dur, gościec przewlekły, gruźlicę i zołzy.

Otóż w przypadku naszym nie przedstawiali nigdy żadnych zboczeń, po których możnaby było przypuścić dyskrazyję hemofiliczną, ani ojciec ani matka. Po listownem porozumieniu się z rodzicami tak ojca jak i matki, dotąd jeszcze żyjącymi jak i lekarzem domowym rodziców matki, dowiedziałem się, iż stanowczo w całéj ich rodzinie nikt krwawicy nie okazywał, nikt krwotokom nosowym nawet nie podlegał. Dziadek po matce, jako wyższy oficer dość miałby sposobności w kilku bitwach, w których odniósł rany, przekonać się o swéj chorobie. Ojciec pacyjentki również jest oficerem a jazda konna z przygodami dostarczyłaby mu także sposobności do zamanifestowania się krwawicy, tymczasem nawet po silnem upadnięciu nieznaczne występowały sińce. Rodzice ze sobą nie są ani spokrewnieni ani spowinowaceni, oboje są młodzi i na wskróś zdrowi. Ciąża i poród odbyły się zupełnie prawidłowo bez jakichkolwiek krwotoków. Regularność trwa zazwyczaj tylko 3 do 4 dni i nie jest nazbyt obfitą.

Za krwawicą przemawiałby zatem jedynie wiek dziecięcia, za *purpura haemorrhagica* brak obciążenia dziedzicznego, brak krwotoków nosowych, pępkowych i krwawienia przy przekłuciu uszów, poczęści płeć dziecka i łagodny a szybki przebieg. Jaki zaś był powód pojawienia się plamicy pozostaje niewyjaśnionem; przypuścićby jedynie można zakażenie zimnicze.

Odwiedzając dziecię od czasu do czasu, stwierdzić mogłem należyte rozwijanie się i stan zupełnie prawidłowy. Dopiero 9 kwietnia r. b. zapadło dziecię na ospicę, któréj przebieg był wszakże bardzo łagodny i zupełnie prawidłowy.

Żaden pęcherzyk nie zawierał krwi, żadnego krwawienia błon śluzowych lub jakichkolwiek wynaczynień w ciągu choroby nie było. Dziecię zaszczepiłem krowianką dnia 6 maja ze skutkiem. Ani przy szczepieniu, ani przy rozwoju pęcherzy dążność do krwawienia się nie pojawiła.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Brouardel i J. Ogier: Metody badań toksykologiczno-sądowych. *(Methodes d'expertises toxicol.-travaux du laboratoire)*, Paryż, 1892 z rycinami.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Inne związki toksyczne lotne, jak chloroform, wykrywa się po woni lub przeprowadzając pary tegoż z wnętrzności się dobywające przez rurkę do czerwoności rozgrzaną, wtedy bowiem chloroform rozpada się na HCl, dający się wykazać rozczynem azotanu srebrowego. Wodnik chloralu przy destylacyi z sodem zmienia się w chloroform. Kwas karbolowy zdradza się wonią przy destylacyi, łatwem przeobrażeniem w kwas pikrynowy; ilościowo oznacza się kwas karbolowy rozczynem bromu. Nitrobenzol poznać można również po woni, a wreszcie przez łatwe przejście jego w anilinę, dającą z rozczynem chlorku wapniu zabarwienie niebieskie lub fijoletowe.

Treść wnętrzności i same wnętrzności poddaje się badaniu co do zawartości trucizn mineralnych, a to głównie arszeniku i t. d. W tym celu należy zniszczyć istoty organiczne, czy to za pomocą kwasów siarkowego i azotowego, czy też za pomocą kwasu azotowego, dwusiarkanu sodowego i kwasu siarkowego (metoda G. Poucheta), czy też wreszcie metodą Freseniusza i Babo za pomocą chloranu potasu i kwasu solnego. Ta ostatnia wyłącznie jest używaną w zakładzie, jednak uległa niektórym modyfikacyjom, a to w celu uniemożliwienia, aby n. p. część arszeniku zawartego w narządach poddanych rozbiorowi mogła zniszczeć, jak to ma miejsce przy badaniu metodą pierwotną.

Modyfikacyja ta polega na tem, iż całą czynność zniszczenia tkanin wykonywa się w przyrządzie destylującym. Wprawdzie zniszczenie tkanin, zwłaszcza tkanek tłuszczowych, nie jest zupełnem przy zastosowaniu téj modyfikacyi, jednak nie wpływa to bynajmniéj na dokładność rozbioru. Metoda ta jest następującą: do kolby 3—4 litrowéj wlewa się wnętrzności roztarte i z wodą przekroploną na gąszcz zarobione; następnie wsypuje się do téj mięszaniny chloranu potasu w ilości 8—10 razy większéj co do wagi od ciężaru wnętrzności. Przez korek kolby wychodzą dwie rury, z których jedna doprowadza gazowy HCl z przyrządu, który go wytwarza, druga zaopatrzona kruczkiem stanowi klapę bezpieczeństwa. W drugiéj kolbie wytwarza się kwas solny gazowy z kwasu solnego płynnego, do którego po kropli ścieka kwas siarkowy zgęszczony. Odczynniki samo przez się się rozumie muszą być chemicznie czyste. Gazowy kwas solny przechodzi następnie celem oczyszczenia przez flaszkę z kwasem solnym płynnym i dochodzi wreszcie do gąszczu w kolbie pierwszéj. Pod wpływem tego gazu chloran potasu ulega rozkładowi i wywiązuje chlor, który istoty organiczne niszczy. Jeśli wszystko dokładnie było przyrządzonem, wówczas rurką bezpieczeństwa chlor nie uchodzi, gdyż zużywa się on już *in statu nascendi* na niszczenie tkanin, a tylko CO_2 z rozkładu tkanek pochodzący tą drogą ulatuje. Kwas solny gazowy może stać się powodem nieznacznych wybuchów, ale to jedynie wtedy, jeśli treść i wnętrzności temu postępowaniu poddane zawierały alkohol. W ten sposób w przeciągu pół do jednéj godziny istoty organiczne ulegają zniszczeniu.

Obecnie otrzymany płyn żółtawy przesącza się. Pozostałość zbiera się ze sączka, rozciera się w moździerzyku i przemywa wodą — ponownie sączy i przesącz zlewa z treścią przy pierwszem sączeniu otrzymaną. Do treści téj wlewa się także z osobnéj flaszki przyrządu poprzód opisanego wodę, służącą do przemycia gazów; może ona bowiem zawierać ślady arszeniku. Z obecnéj treści téj wydala się nadmiar chloru kwasem siarkowym, który nadto kwas arsenowy w treści zawarty odtlenia na kwas arsenawy, o wiele łatwiéj dający się strącić kwasem siarkowodowym od poprzedniego. Kwas siarkawy wytwarza się z siarczynu sodowego pod wpływem kwasu siarkowego. Nadmiar zaś kwasu siarkawego gazowego wydala się przez gotowanie. Treść zobojętnia się amoniakiem, jeśli zbyt kwaśno oddziaływa; wreszcie przeprowadza się przez nią w ciągu 10—12 godzin łagodny strumień gazowego siarkowodoru. Ten ostatni strąca w treści wszystkie metale trujące; strąt ten bywa jeszcze zanieczyszczony siarką i istotami organicznemi. Strąt zebrany na sączku dzieli się na dwie części i z tych jednę poddaje się badaniu co do zawartości arsenu i antymonu. W tym celu rozpuszcza się ten strąt w nadmiarze amoniaku, sączy i na łaźni wodnéj krytéj uwalnia od amoniaku. Płyn obecny zawiera jeszcze siarkę, którą się utlenia kwasem azotowym i odparowuje na łaźni. Kwas azotowy wydala się ogrzaniem płynu do 150° z kwasem siarkowym czystym. Tak otrzymany płyn rozcieńcza się wodą i wlewa do przyrządu Marsha. Wodór wytwarzający się w tym przyrządzie łączy się z arsenem lub antymonem i tworzy trójwodek arsenu lub antymonu, który spalając się w rozżarzonéj rurce tworzy źwierciadło arsenowe lub antymowe.

Uważać jednak należy, aby cynk i kwas siarkowy do wytworzenia wodoru użyte nie były zanieczyszczone arsenem i ztąd zaleca się przez czas pewien próbę tę wykonywać bez wlania badanéj treści, celem przekonania się, czy w istocie wodór czysty się wytwarza i czy nie zawiera arsenu. Gdy już źwierciadło wytworzone więcéj się nie rozszerza, zdejmuje się rurkę zawierającą je i waży się ta-

kową. Następnie zmywa się zwierciadło kwasem azotowym, rurkę osusza i waży ją ponownie. Różnica ciężarów rurki czystéj z zwierciadłem przedstawia ciężar arszeniku znalezionego. Rozróżnienie zwierciadła arsenowego od antymonowego jest łatwem, n. p. za pomocą własności arsenu, iż utleniony kwasem azotowym na kwas arsenawy łatwo tworzy arsenin srebrowy, daléj odczynem jodowym, wreszcie rozpuszczalnością zwierciadła arsenowego w podchlorynie sodowym i t. d.

Z rozczynu arsenu w kwasie azotowym rozpuszczonego można ponownie wytworzyć zwierciadło, które władzom jako lice sądowe z aktami przesłać można.

Badając pojedyncze narządy w podany sposób, można się przekonać, w którym z pojedynczych narządów arszenik się znajduje.

Inne metale trujące, które w pierwotnym rozczynie po zniszczeniu istot organicznych strącił siarkowodór w postaci siarczków, można zwykłemi sposobami wykryć w strącie uwolnionym od arszeniku i antymonu za pomocą przemycia go amoniakiem. Rtęć wykrywają w zakładzie metodą elektrolytyczną.

Wykrycie kwasów lub zasad, któremi otrucie wywołane zostało, jest prostem i nie przedstawia żadnych trudności, a już ze zmian na zwłokach jest dostatecznie charakterystycznem.

Wykrycie alkaloidów przedstawia wielkie trudności. Z licznych metod polecanych w celu wykrycia alkaloidów zakład używa połączonéj metody Stasa i Dragendorffa. Alkaloidy mają własność, iż nie wszystkie przechodzą pod wpływem jednego i tego samego odczynnika w rozczyn, ztąd metoda Stasa, polegająca na odparowaniu treści badanéj, zmięszanéj z alkoholem i zakwaszonéj kwasem winowym i następowem wytrawianiu pozostałości eterem w obecności dwuwęglanu sodowego, nie jest dokładną. Metoda Dragendorffa polega na wyciąganiu alkaloidów z rozczynu kwaśnego odczynnikami rozpuszczającemi je, mianowicie olejem skalnym, benzyną i chloroformem, potem z rozczynu zasadowego temi samemi odczynnikami a ponadto jeszcze alkoholem amylowym.

W krótkości przedstawia się sposób w zakładzie używany w następujący sposób: Najpierw izoluje się ogółem alkaloidy eterem wobec dwuwęglanu sodu (Stas), potem stosuje się metodę rozdzielenia pojedynczych alkaloidów (Dragendorff). Mianowicie wnętrzności posiekane zaprawią się równą ilością (co do wagi) alkoholu 90° i zakwasza je kwasem winowym lub cytrynowym. Zacier ten zostawia się przez 24 godzin w cieplocie 50 lub 60° C. Po upływie tego czasu przesącza się płyn alkoholowy na górze pozostający i wyciska ponadto miazgę. Odsącza się płyn ponownie od resztek tłuszczu w zawiesinie będących, a następnie z odsączu wydala się część alkoholu przez destylacyję na łaźni wodnéj krytéj w retorcie poprzecznie ustawionéj przy pomocy silnego strumienia CO_2. Użycie CO_2 celem wyparowania przedstawia tę wielką zaletę, iż nie ma potrzeby podnosić zbytnio ciepłoty. Gdy się już odparuje połowę użytego alkoholu, wstrzymuje się destylacyję.

W dalszym ciągu odparowywa się płyn w suchéj próżni aż do gęstości masy ciastowatéj. Masę tę zaprawia się ponownie wodą i alkoholem, sączy, a do przesączu dolewa dopóty alkoholu, póki nie przestanie za dolewaniem tegoż powstawać strąt. Nadmiar alkoholu wydala się na łaźni jak poprzednio. Obecnie rozczyn wodny i kwaśno oddziaływający wytrawia się kilkakrotnie olejem skalnym, za każdym razem używając ilości oleju równéj ilości rozczynu. Olej skalny wytwarza dosyć trwałą zawiesinę, któréj nalepiéj pozbywa się przez dodanie małéj ilości alkoholu i umieszczenie rozczynu na kilka godzin pod kloszem, wówczas zawiesina oddziela się zwolna, a z nią oddziela się prawie wszystek tłuszcz. Olej skalny wyciąga z rozczynu tego i rozpuszcza w sobie alkaloidy nie mające w toksykologii sądowéj żadnego znaczenia, mianowicie piperynę i kapsicynę; ztąd też jeśli nie zachodzi podejrzenie otrucia temi alkaloidami lub rozbiór ma już z góry wytyczony kierunek, odnośnie do innych zasad organicznych, wówczas można wyciągania olejem skalnym obecnego rozczynu całkiem zaniechać. Olej skalny rozpuszcza w sobie ponadto fenol, kwas pikrynowy, oliwy, kamforę, wreszcie i barwik szafranu, ważny przy otruciach nastojem szafranowym makowca.

Teraz dodaje się do rozczynu wodnego pozostałego po wytrawieniu olejem skalnym, dwuwęglanu sodowego w nadmiarze, następnie wyciąga się eterem, który rozpuszcza wszystkie alkoloidy z wyjątkiem morfiny. Morfinę rozpuszcza alkohol amylowy i ztąd użycie jego jest koniecznem. Obecnie przedestylowuje się eter na łaźni, pozostały zaś rozczyn wodny zakwasza się i wytrawia kolejno olejem skalnym, benzyną i chloroformem; następnie alkalizuje się rozczyn małą ilością amoniaku i wytrawia znowu kolejno olejem skalnym, benzyną, chloroformem i alkoholem amylowym. Za każdem wytrawieniem zbiera się odczynnik użyty przez przesączenie i staranne oddzielenie od wody domięszanéj. Jeśli potrzeba wymaga, odparowywa się na łaźni w epruwetkach każdy z tych odczynników, aż do mniejszéj ilości pozostałości. Z pozostałości tych wyciąga się alkaloidy, wstrząsając pozostałość każdą z kilkoma kroplami kwasu solnego. Po uskutecznieniu tego odparowuje się rozczyny alkaloidów w kwasie solnym aż do suchości w próżni i w obecności tlenku wapniu *(calcaria viva)*. Sucha pozostałość bywa zwykle zanieczyszczoną salmiakiem, ztąd w celu oczyszczenia alkaloidów rozpuszcza się pozostałość w dokładnie absolutnym alkoholu.

Przez to postępowanie uzyskuje się alkaloidy pojedyncze w następujących odczynnikach do wyciągnięcia użytych.

Z rozczynu zakwaszonego otrzymuje się:
benzyną: kofeinę, digitalinę, kolchiceinę.
chloroformem: cinchoninę, papawerynę, narceinę i kolchicynę.

Z rozczynu alkalicznego otrzymuje się:
olejem skalnym: chininę, strychninę, akonitynę, brucynę, weratrynę, nikotynę itd.
benzyną: atropinę, strychninę, narkotynę, kodeinę, tebainę, chininę, brucynę, weratrynę.
chloroformem: cynchoninę, narceinę, papawerynę i cząstkę morfiny.
alkoholem amylowym: morfinę, solaninę i narceinę.

Niejednokrotnie rozbiór dokonywa się w kierunku jednego tylko alkaloidu, jeśli istnieje uzasadnione podejrzenie, iż takowym zatrucie nastąpić mogło.

Reakcyje chemiczne alkaloidów są dwojakie: jedne są im wszystkim właściwe, a więc dla odróżnienia poszczególnych alkaloidów nieprzydatne, inne szczegółowo wyróżniają jedne alkaloidy od drugich. Z pierwszych najważniejsze są reakcyje z odczynnikiem Mayera, t. j. rozczynem sublimatu i jodku potasu i z odczynnikiem Bouchardata, t. j. rozczynem jodu w jodku potasowym.

Celem wyróżnienia jednego alkaloidu od innych używa się całego szeregu odczynników.

Ważniejsze reakcyje pojedynczych alkaloidów są następujące: morfina z odczynnikiem Fröhdego (0·01 molybdenianu sodu na 1 cc kw. siark.) tworzy błękitne zabarwienie. Sulfoselenian amonowy (odczynik Lafona) zabarwia rozczyn morfiny oliwkowo, rozczyn kodeiny zielono, chlorek żelazowy barwi rozczyn morfiny niebiesko. Sulfowanadan amonowy (odczynnik Mandelina) z strychniną tworzy silne fijoletowe zabarwienie. Atropina ogrzana z kwasem azotowym dymiącym aż do wytworzenia się suchéj pozostałości tworzy fijoletowe zabarwienie za zbliżeniem do niéj kropli rozczynu alkoholowego wodnika potasu i t. d.

Mimo tych licznych reakcyj nie można im z całkowitą pewnością zawierzyć, a to zwłaszcza, że i ptomainy podobne reakcyje tworzą. Ztąd też w badaniach sądowych obok reakcyj chemicznych należy zawsze dla upewnienia uciec się do doświadczenia fizyjologicznego na zwierzętach. Pod tym względem wiadomem jest, że jeśli badany płyn wstrzyknięty zwierzęciu pod skórę wywołał kurcze tężcowe, musi on zawierać strychninę lub brucynę, jeśli wywołał znaczne zwolnienie w skurczach mięśni, zawiera weratrynę, jeśli rozszerza źre-

nicę, zawiera atropinę lub jeden z mydryjatyków, jeśli wywołuje pęcherze na skórze, zawiera kantarydynę i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

O pielęgnowaniu zdrowia. Dla użytku ludu wiejskiego napisał Dr. Józef Barzycki. Kraków 1892, nakładem Tow. opieki zdrowia.

Niniejsza książeczka obejmuje 140 stronnic druku a zamyka w sobie w przystępny sposób zestawiony zarys hygijeny ciała, mieszkań, pokarmów i t. d., obok licznych trafnych uwag i doświadczonych rad lekarskich, stosujących się do przypadków chorób nagłych lub zakaźnych, wreszcie innych niebezpieczeństw, na jakie człowiek narażonym być może. Rozległy temat opracowany jest krótko a jednak jędrnie i dokładnie w 74 rozdziałach dla łatwiejszego przeglądu. Dziełko to nie przedstawia streszczenia innych dzieł z zakresu hygijeny, jest ono zarysem hygijeny oryginalnie napisanym przez trzeźwo myślącego i wybitnego lekarza, jest ono poradnikiem napisanym przez przyjaciela ludu, który z ostatnim się zżył, poznał jego ułomności i jego od dawna zakorzenione przesądy.

Wstęp pięknym, niejednokrotnie barwnym a przecie jasnym i dostępnym nakreślony stylem, podobnie zresztą jak całość dziełka, sprawia bardzo miłe wrażenie. Dotyka w nim szanowny autor znanego przesądu ludu naszego, iż tak jak pożar i inne klęski elementarne, tak i choroba jest dopustem bożym, któremu poddać się należy, gdyż wszelka walka z nim jest płonną i daremną; autor zbija ten przesąd nie dowodami naukowemi, ale zaczerpniętemi z wiary i religii, głęboko przenikających dusze ludu naszego. Dowody te, nie należy wątpić, zdołają przekonać, a wówczas hygijena ludu naszego znacznie postąpi naprzód.

Sympatyczną i cenną tę publikacyję, wypełniającą dotkliwą szczerbę w naszem piśmiennictwie naukowem dla ludu, a wydaną przez Towarzystwo opieki zdrowia, powitać musi świat lekarski z żywem zadowoleniem i uznaniem. Więcéj takich dziełek tak dokładnie, dostępnie i oryginalnie napisanych, należy życzyć Towarzystwu wydawniczemu i tym, dla których przybytek ściśléj wiedzy musi pozostać zamkniętym. *Dr. Wachholz.*

Bakteryjologija.

Stamm: **Etyjologija zapalenia błony śluzowéj nosa wrzekomo błoniastego** (*rhinitis pseudomembranacea*).

Zapalenie błony śluzowéj nosa wrzekomo błoniaste, cechujące się występowaniem błon włóknikowych w jamie nosowéj, po większéj części uważane bywa za chorobę niewinną, przebiegającą zwykle bez wysokiéj gorączki, bez obrzęku gruczołów, a ograniczającą się tylko do jamy nosowéj.

S. badał 3 przypadki *rhinitis pseudomembranacea* o przebiegu klinicznym wyż opisanym a badanie błon wykazało obecność prątka dyfterytycznego Löfflera, okazujących typowe hodowle w surowicy krwi, które wstrzyknięte zwierzęciu wywolują zmiany miejscowe i ogólne, cechujące jad Löfflerowski a przeszczepione na obojętny roczyn bulijonu z cukrem gronowym zmienia reakcyję w 36 godzinach na kwaśną. Badanie to bakteryjologiczne wykazuje dokładnie, że *rhinitis pseudomembranacea* i *diphtheritica* mają wspólną przyczynę. Różnica między obiema postaciami chorobowemi istnieje tylko ze względu na przebieg kliniczny, natomiast w rokowaniu należy zawsze uwzględniać etyjologiję i zastosować wszystkie środki w celu przeszkodzenia szerzeniu się jadu. (*Archiv f. Kinderheilkunde* XIV, 13, III i IV Heft, 1892). *Dr. Komorowski.*

Patologija.

Ehrlich: **Odporność przez dziedziczenie i karmienie**.

Odporność względem chorób zakaźnych może powstać u potomstwa w trojaki sposób, albo przez bezpośrednie odziedziczenie odporności lub przez udzielenie pierwiastku ochronnego z ustroju matczynego, lub przez bezpośredni wpływ pierwiastku tegoż na tkanki płodu jeszcze w czasie życia płodowego. Doświadczenia E. wykazały, że nasienie niema wpływu żadnego na odporność, natomiast kiedy samice myszy uczynił odpornemi względem *abrinum*, wówczas całe potomstwo okazywało odporność tę samą. Potomstwo zrodzone przez matkę odporną a karmione przez mamkę nie posiadającą odporności, okazywało wprawdzie odporność, lecz nie tak znaczną jak potomstwo zrodzone i karmione przez odporną matkę. Okazuje się zatem, że pierwiastek ochronny przechodzi z mlekiem z ustroju matki na potomstwo. E. znajduje z tym wynikiem doświadczeń swych na zwierzętach analogiję u człowieka; wiadomo jest bowiem, że dzieci w pierwszym roku życia okazują pewną odporność względem chorob zakaźnych, nabytą być może przez żywienie się mlekiem matki lub mamki. (*Deut. med. Wschrft.* Nr. 17, 1892)

Farmakologija.

Enon (Paryż): **Sulfonal w leczeniu padaczki.**

Sulfonal działa w znakomity sposób jako środek nasenny, a należy go zwłaszcza tam stosować, gdzie zachodzi wątpliwość, czy nie istnieje osłabienie czynności serca. — Według spostrzeżeń E. działa sulfonal w napadach padaczkowych uspokajająco, zmniejszając nietylko nasilenie, lecz także częstość napadów, które nawet czasem przytłumia. Doniosłość środka tego polega na tem, że niema obawy przyzwyczajenia się do niego, również i na tem, że chłonienie jego i wydzielanie z ustroju odbywa się szybko.

Frenkel (Paryż): **Hypnal czyli monochloralantipyryna.**

Hypnal odznacza się brakiem smaku i zapachu, wskutek których to własności wybitną posiada wyższość nad chloralem. Działanie jego przedstawia sumę działań chloralu i antipyryny; jest on zatem środkiem równocześnie nasennym i znieczulającym bóle. Dawki jego stanowiące trzecią część lub połowę nasennéj dawki chloralu wywołują upragniony sen, zwłaszcza w przypadkach nasilających się bólów. *Dr. Wachholz.*

Terapija.

Gastl: **O wartości leczniczéj wyciągów borowinowych Mattoniego.**

G. zachwala bardzo działanie lecznicze wyciągów borowinowych Mattoniego, szczególnie w chorobach kobiecych. Łatwość urządzenia sobie kąpieli, która w działaniu równa się najsilniejszéj naturalnéj kąpieli mineralnéj, przyczyniły się do niezmiernego rozpowszechnienia wyciągów borowinowych. 1 klg. soli borowinowéj Mattoniego lub flaszka ługu borowinowego wystarczają najzupełniéj do urządzenia kąpieli w domu, a ma się przy tem tę wygodę, iż można stosować kąpiele ciepłe 26—28 R.

Dr. G. zwraca uwagę lekarzy, że firma Mattoni chętnie daje lekarzom, którzy nie mieli sposobności stosować wyciągów borowinowych, pewną ilość tychże bezinteresownie do dyspozycyi. (*Wien. med. Presse*, Nr. 27, 1892).

B . . k.

Medycyna wewnętrzna.

J. Pawiński: **O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek.**

Cały dotyczący materyjał do doświadczeń użyty dzieli autor na 4 grupy; w pierwszéj mieści czyste wady zastawkowe, w drugiéj choroby nerek, w trzeciéj choroby zastawek powikłane chorobami nerek, w czwartéj wreszcie choroby mięśnia sercowego. W ogólności spostrzeżenia obejmują 14 przypadków wszystkich wspomnianych chorób, a czynione z całą ścisłością. Kontrolowane podawaniem środków leczniczych, których skuteczność w tego rodzaju chorobach oddawna jest uznaną, dają możność czynienia dokładnych i przekonywających wniosków.

Wnioski te formułuje autor w następujący sposób:

I. Kofeina w chorobach zastawek działa mniéj skutecznie, aniżeli naparstnica lub *strophantus*, a do zwiększenia siły skurczów serca i wyrównania krążenia potrzebne są duże dawki tego leku. Niekiedy jednak oddaje znakomite usługi nawet wtedy, gdy dwa wyżéj wspomniane środki nie prowadzą do celu, a dzieje się to w późniejszych okresach wad zastawkowych, kiedy mięsień sercowy stracił już wrażliwość na zwykłe leki nasercowe. Wystrzegać się należy podawania kofeiny u osób z wygórowaną wrażliwo-

ścią układu nerwowego, natomiast u chorych z przytępioną wrażliwością nerwową, wycieńczonych długotrwałą chorobą lub wiekiem, podawana na przemian z naparstnicą działa zwykle pomyślnie.

II. W chorobach nerek najczęstszem wskazaniem do podawania leków nasercowych jest przewlekłe zapalenie śródmiąższowe tego narządu. W szeregu tych leków zajmuje kofeina zupełnie takie same miejsce jak w dziale pierwszych, działając skutecznie w przypadkach zastarzałych.

III. Wady zastawkowe powikłane chorobami nerek nie nadają się do leczenia kofeiną, a naparstnica stanowi tu bezsprzecznie najdzielniejszy środek leczniczy.

IV. W cierpieniach mięśnia sercowego opartych tak na zmianach anatomicznych, jakoteż polegających na zboczeniach funkcyjonalnych, daje kofeina najlepsze wyniki, działając szybko i energicznie w przypadkach dusznicy sercowéj, nadruchowości serca lub upośledzeniu czynności ośrodka krążenia, mianowicie wtedy, gdy choroba znajduje się w okresie zupełnego wyrównania krążenia, przeciwnie zaś w takich przypadkach, gdzie występują obrzęki i duszność, zwiększają wymiary stłumienia serca, czyli gdzie choroba przybiera cechy niewyrównanéj wady zastawkowéj, najodpowiedniejszym lekiem jest naparstnica, a kofeinę podawać należy w odstępach czasu między pojedynczemi dawkami naparstnicy. Służy ona wtedy do podtrzymywania przez czas dłuższy uregulowanéj akcyi serca i uzupełnia niejako działanie naparstnicy.

Prócz tych najważniejszych wskazań oddaje kofeina znaczne usługi w przypadkach, gdzie sam mięsień sercowy nie jest sprawą chorobową dotknięty i tylko czy to skutkiem miażdżycy tętnic wieńcowych, czy też skutkiem spraw ostrych z wysoką przebiegających ciepłotą, siła tego mięśnia wyczerpywać się zaczyna. W szeregu chorób ostrych ważne pod tym względem zajmuje miejsce zapalenie płuc i opłucnéj, zwłaszcza wysiękowe, gdy po wypuszczeniu płynu zachodzi potrzeba szybkiego podniecenia akcyi serca.

Na podstawie czynionych z kofeiną doświadczeń przychodzi autor do wniosku, że działanie jéj należy sobie tłómaczyć wpływem na ośrodkowy układ nerwowy, zaś na ośrodki nerwowe, położone w samym mięśniu sercowym, zdaje się nie wywierać żadnego wpływu. Co do działania moczopędnego kofeiny sądzi autor za stosowne przypuścić działanie jéj na nerwy naczynioruchowe, mniéj prawdopodobnem wydaje mu się przypuszczenie, że zależy ono od zadrażnienia samych przybłonków nerkowych.

Na zakończenie zwraca autor uwagę na pewne uboczne działanie kofeiny, jeżeli ją dłuższy czas chorzy zażywają, jak przedrażnienie ustroju nerwowego i biegunkę, którą kilka razy zauważył; oba te jednak niemiłe objawy ustępują po odstawieniu leku.

W sprawie podawania tego leku zaznacza autor, że najodpowiedniejsze są t. zw. podwójne sole. W przypadkach nagłych stosuje autor kofeinę w postaci wstrzykiwań podskórnych, gdzie zaś niebezpieczeństwo nie jest nagłem, wewnętrznie lub niekiedy w postaci czopków do kiszki stolcowéj. (*Gazeta Lek.* 1892, Nr. 1—10).

Dr. L. Korczyński.

Joung: **Leczenie duru brzusznego.**

Autor używał z bardzo pomyślnym skutkiem w durze brzusznym następującéj mięszanki: Rp. *Ac. carbol.*, *Trac jodi āā 36 gutt. Bismuthi subnitr. 6·00, Ol. therebint. rectif. 8·00, Mucil. acaciae qu. s. ad 180·00.* Przed użyciem należy wstrząsnąć dobrze tę mięszankę; podaje z niéj po łyżeczce od kawy co trzy godziny w szklance zawierającéj nieco wody. Jeżeli istnieją biegunki, zaleca zwiększanie dawki bismutu i dodanie kilku kropel nastoju makowcowego. Żeby zaś równocześnie i skrzepiać trawienie, zaleca obok tego podawanie kwasu solnego po 20 kropli trzy razy dziennie. Gorączkę obniża za pomocą chininy, lecz gdy ciepłota przekracza 40° C., stosuje antifebrynę. (*Gaz. méd. de Paris* 1892, Nr. 17).

Dr. Wachholz.

Rawikowicz: **O ręcznym zabiegu leczniczym wobec nocnego moczocieku** (*enuresis nocturna*).

Wychodząc z teoryi Ultzmana, że przyczyną moczocieku nocnego jest niestosunek w unerwieniu mięśnia zdziergacza i wypieracza moczu, a ztąd wynikające osłabienie zwieracza, polecił pierwszy Csillag mięsienie zwieracza (*Archiv f. Kinderheilkunde* B. XII, H. VI). Sposób ten stosował Rawikowicz u 8 chorych dzieci w wieku 7—11 lat i otrzymał w 6 przypadkach zupełne wyleczenie. Ten stosunkowo wysoki, bo 75% wyleczenia przemawia stanowczo za tem, iż ten sposób leczenia przy pomocy innych środków, jak prądu elektrycznego oraz środków wewnętrznych prowadzi do wyleczenia téj tak długotrwającéj, fizycznie i moralnie przygnębiającéj choroby. Dlatego też każdy przypadek nocnego moczocieku należy od samego początku leczyć miejscowo za pomocą mięsienia okolicy pęcherza w celu wzmocnienia zdziergacza, który jest zwiotczały i niedostatecznie się kurczy. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, B. XIV, H. III i IV, 1892)

Dr. Komorowski.

Chirurgija.

Gisevius (Berlin): **O narkozie chloroformowéj.**

G. przedstawia porównawczo wyniki metody chloroformowania ciągłem podawaniem po kropli chloroformu na maskę, z metodę dawną podawania od czasu do czasu dawek większych. Wyniki te przemawiają na korzyść metody pierwszéj, która w czasach ostatnich coraz to liczniejszych zjednywa sobie zwolenników. G. zaleca spokój zupełny w czasie narkozy rozpoczętéj i przestrzega przed niepotrzebnem poruszaniem chorego, w ten bowiem sposób można się przy nowszéj metodzie ustrzedz w zupełności śmierci pozornéj (synkope), występującéj w drodze odruchu. Zalety nowéj metody są: zaoszczędzenie ilości chloroformu, ustrzeżenie się przed wysyceniem ustroju chloroformem, spokój i łagodny przebieg narkozy, łatwość uśnięcia, brak lub bardzo rzadkie występowanie niemiłych przypadłości jak wymiotów, dławienia, ślinotoku i t. d. Okres pobudzenia przy metodzie téj okazuje się krótszym, a pobudzenie słabszem. Obudzenie nastaje w krótszym czasie po narkozie, a stan chorego o tyle jest przyjemniejszym, iż nie męczą go uporczywe wymioty i nasilone bóle głowy. (*Deut. med. Wschrft.* Nr. 26, 1892).

Dr. Wachholz.

Choroby uszne.

Rumler: **O odradzaniu i zabliźnianiu się błony bębenk.**

Błona bęb. ludzka odznacza się tak znaczną zdolnością regeneracyjną, że nie jesteśmy w stanie utrzymywać w niéj otworka za pomocą jakichkolwiek środków. Pomimo, że fakt ten jest powszechnie znany, podania autorów co do sposobu téj regeneracyi nie są wystarczające. Zaufal przypuszcza, że przy takiem odtwarzaniu i zabliźnieniu główną rolę gra organizacyja krwi wynaczynionéj, przypuszczenie niezgodne z obecnie przyjętemi zapętrywaniami w patologii. Gruber w swoich rozprawach najwięcéj się zbliża do dziś powszechnie przyjętych zasad naukowych. W celu wyświecenia téj ciemnéj sprawy, podjął R. szereg doświadczeń na zwierzętach, w których badał sprawy regeneracyi i zabliźniania się w przypadkach przerwania ciągłości w błonie bęb. z ubytkiem i bez takowego i streszcza wyniki swych badań w następujący sposób: 1) Do zagojenia się ubytku w błonie bęb. przyczynia się najprzód i przeważnie w pierwszych trzech dniach nabłonek zewnętrzny, który już po 6 godzinach przedstawia obraz proliferacyi komórek. 2) Dopiero po 48 godzinach bierze także przybłonek błony śluzowéj udział w gojeniu się, nie odgrywa jednak nigdy ważniejszéj roli. 3) Od trzeciego dnia występuje na pierwszy plan bujanie tkanki łącznéj, które sprowadza zamknięcie się, ostateczne ubytku. 4) Warstwa właściwa (*propria*) błony bęb., jeżeli wogóle bierze jakikolwiek udział w gojeniu się, to tylko bardzo nieznaczny. (*Archiv für Ohrenheilkunde*, B. 30, H. 1—2).

Szenes: **O patologii i leczeniu ciał obcych w uchu.**

Okoliczność, że zdarzają się wciąż jeszcze dość często przypadki w praktyce lekarskiéj, w których usiłując wydobyć jakieś nieszkodliwe ciało obce z ucha, w sposób wielce nieracyjonalny i szkodliwy, za pomocą narzędzi wpycha się je jeszcze głębiéj, i że w ten sposób uszkadza się ucho

zewnętrzne i średnie, skłoniła S. do omówienia tego przedmiotu.

Pomijając bardzo rzadkie wyjątki, ciała obce dostają się do ucha albo bez wiedzy chorego (tu należą np. owady i ich gąsienice, jakoteż odłamki przedmiotów używanych do drapania w przewodzie zewnętrznym), albo też wprowadzone zostają umyślnie, jak n. p. przedmioty, które dzieci wśród zabawy sobie lub towarzyszom do ucha wkładają, lub środki lecznicze zalecane i używane, jak czosnek, kamfora, siarka, słonina, wreszcie także pociski. Ciała obce same przez się nieszkodliwe, t. j. nie drażniące, nie kłujące i nie żrące mogą nie wywołać żadnych nieprzyjemnych objawów. Podmiotowe uczucia słuchowe powstają, jeżeli ciało obce wywiera ucisk na błonę bęb. i przez kostki uszne na błędnik. Objawy odruchowe rzadko tylko i przeważnie wtedy występują, kiedy jama bęb równocześnie jest zajęta. Dość często ciała obce sprowadzają wytwarzanie się czopków woskowinowych, w których po wystrzyknięciu można znaleść obce ciało wścielone. Sztuczne bębenki Nickolsona również uważać należy jako obce ciała, które przez powiększanie i tak już zwiększonego parcia śródusznego pogarszają szum i dzwonienie w uszach. Szczególnie w ropieniu jamy bęb. nie wolno używać sztucznych bębenków z powodu grożącego zatrzymania ropy i zadrażnienia otoczenia. Przy roztrząsaniu poszczególnych metod leczniczych przytacza S. jako najprostszą i najpewniejszą przestrzykiwanie. Z jamy bęb. można obce ciała wypchać za pomocą przestrzykiwania drogą trąbki Eust. Narzędzi chwytać się wolno tylko wtedy, kiedy przez dłuższy czas codziennie powtarzane przestrzykiwania celu chybiały. Najlepsze usługi oddają narzędzia podobne do dźwigni. Bardzo szkodliwe są usiłowania uchwycenia gładkich i twardych ciał za pomocą kleszczyków. Jeżeli w żaden sposób nie udało się wydobyć obcego ciała, a zjawiają się groźne objawy, szczególnie postępujące przekrwienie dna ocznego, wtedy należy wytworzyć dogodny przystęp do obcego ciała przez oddzielenie małżowiny i przewodu chrząstkowego, względnie i odlutowanie tylnéj ściany kostnéj przewodu, poczem wydobycie obcego ciała żadnéj trudności nie przedstawia. (*Internation. klin. Rundschau*, 1891).

Dr. Spira.

Medycyna sądowa.

Boeckel (Strasburg): **Obojniak męzki.**

B. przedstawił Akademii treść dobytą z worka przepuklinowego u młodego, bo 20 lat liczącego mężczyzny. Były to: macica dwurożna z jamą wewnątrz wyścieloną błoną śluzową o przybłonku migawkowym, trąbka, jądro z przyjądrzem i sznurkiem nasiennym i więzadło szerokie *(ligamentum latum)*, obejmujące oba narządy rodne. Jestto jedyny dotąd znany przypadek, w którym znaleziono narządy rodne obu płci. (*Gazette méd. de Paris*, 1892, Nr. 17).

Dr. Wachholz.

IV. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Dr. Ziembicki ze Lwowa zgadza się na to, że nieraz trudno rozpoznać cierpienie gruźlicze i że dalsza obserwacyja chorego po opuszczeniu szpitala jest niemożebną. Tak metoda zachowawcza jak i operacyjna mają swoje wskazania i obiema też metodami leczenia posługuje się mowca. Zwraca tylko uwagę na nader korzystny wpływ klimatu, szczególnie brzegu morskiego, na przebieg cierpienia gruźliczego, ilustrując uwagi swe dwoma wybitnemi i przekonywającemi przykładami z praktyki prywatnéj. W obu przypadkach stan choroby był rozpaczliwy tak, że o operacyi myśleć nie można było, a pomimo tego pobyt nad brzegiem morza (w Fiume) sprowadził zupełne zagojenie się zmian gruźliczych. Niestety cały materyjał szpitalny dla téj metody leczenia odpada.

Dr. Kryński sprzeciwia się zapatrywaniu prelegenta, jakoby łagodniejsze przypadki, które łatwo uleczyć, nie miały tła gruźliczego. Zdaniem jego tło i natura gruźlicza w wszystkich przypadkach jest jedna, przebieg choroby jest tylko rozmaity, podobnie jak istnieją pewne różnice w kulturach. Co do działania kwasu cynamonowego, to mowca nie uważa téj zmiany w przypadku Dra Śmiechowskiego za poprawę; jest wprawdzie zwiększona ruchomość stawu, ale zdaniem Dra K., może to pochodzić od większéj ilości płynu ropnego nagromadzonego w stawie.

Dr. Dembowski z Wilna podaje o chorym, którego leczono bezskutecznie w Petersburgu, a który wysłany na południe, powrócił zupełnie uzdrowiony. Nawięzując do tego przypadku, wskazuje mowca, że nie należy stawiać ogólnikowo kwestyi, czy resekować, czy też leczyć konserwatywnie. Dr. D. w większéj części praktyki swéj ma do czynienia z chorymi tak ubogimi, że nawet o zmienieniu warunków odżywczych u nich nie może być mowy, a pomimo to wyniki z leczenia zachowawczego są bardzo zadowalające. W jednym przypadku znacznego gruźliczego obrzęku gruczołu limfatycznego stosowanie kreozotu sprowadziło wybitne zmniejszenie się gruczołu.

Prof. Browicz zabiera głos ze względu na wyrażone przypuszczenie, że nie każdy przypadek znamionujący się z makroskopowego wejrzenia zmian anatomicznych jako gruźlica, jest właściwie typową gruźlicą, czyli, że pojęcie gruźlicy jest zbiorowe i że zmiany chorobowe tylko pewnéj części przypadków polegają na obecności i działaniu prątków Kocha Przypuszczenie to ma za sobą fakt, że bardzo często pomimo skrupulatnego badania nie jesteśmy w stanie znaleźć prątków Kocha w przypadkach uznanych notorycznie za gruźlicę. Istnieje nadto dowód dodatni: na zjeździe internistów w Wiedniu przedstawił Eppinger hodowle oraz preparaty mikroskopowe z przypadków chorobowych i drogą doświadczenia uzyskane, z których każdy przedstawiał się jako gruźlica. Tymczasem zmiany te nie zostały wywołane działaniem prątka Kocha, lecz grzybka zwanego *Cladothrix asteroides*. Badanie mikroskopowe potwierdza przypuszczenie, że gruźlica jest rzeczywiście pojęciem zbiorowem i tem tłomaczyć można różny przebieg pod względem złośliwości i szerzenia się. Albowiem jeżeli wyjdziemy z założenia potwierdzonego ważnym szczegółem Eppingera, że mamy do czynienia z rozmaitemi pasorzytami, to musimy przypuścić, że wraz z zmianą przyczyny i przebieg cierpienia musi być inny.

Dr. Oderfeld z Warszawy zwraca uwagę na stosowany przez siebie sposób leczenia gruźlicy stawów. Mianowicie kąpał codziennie chorobą dotknięty staw w roztworze sublimatu: wyniki, jakie otrzymał mowca, mają być zdumiewające. W jednym przypadku gruźlicy stopy wyskrobanie kości skokowéj, piętowéj i dolnéj części piszczelowéj, daléj tamponowanie stawu przez 3 miesiące balsamem peruwiańskim pozostawało bez skutku; gdy porzuciwszy te sposoby leczenia Dr. O. kąpał chorą kończynę codziennie w roztworze sublimatu 1:20000, wynik był świetny.

Na zapytanie Dra Kryńskiego, czy Eppinger hodował także kultury, odpowiada prof. Browicz twierdząco i dodaje, że szczepienie grzybków wykrytych dawało wynik dodatni.

Dr. Sawicki z Warszawy poddaje pod rozwagę członków Zjazdu kwestyję, o ile zajęcie gruźlicze płuc może dać wskazanie lub przeciwwskazanie do operacyjnego leczenia stawów i kości. Mowca miał kilka przypadków z zajęciem płuc, które po operacyi przebiegały bardzo pomyślnie. W jednym z nich musiał wykonać resekcyję znacznéj części kości udowéj i usunąć duży kawał kości biodrowéj. Pomimo, że chory ten okazywał w prawym szczycie płuca zmianę bezwątpienia na tle gruźliczem (jakkolwiek prątków w plwocinach nie wykryto), nastąpiło wyleczenie zupełne. Drugi chory, u którego Dr. S. wykonał z pomyślnym skutkiem resekcyję kolana, dotknięty był także gruźlicą płuc (prątki w plwocinach wielokrotnie znachodzono) i miewał krwotoki płucne. Od operacyi minęło już 3 lata, a przez cały czas

chory znajdował się w obserwacyi Dra S. Kolano zupełnie jest zagojone, a nawet zmiany w płucach się zabliźniły. — Z tego względu warto zastanowić się nad tem, czy i o ile zmiany gruźlicze w płucach mogą stanowić wskazanie lub przeciwwskazanie do operacyi.

W końcu przemawiał jeszcze prof. Obaliński, odpowiadając na niektóre w dyskusyi poruszone pytania i zarzuty. Przedstawiając wyniki z 18 lat, a mówiąc o chorych z ostatniego roku, mógł tylko brać na uwagę stan ich po wyjściu ze szpitala. Co się tyczy dawniejszych chorych, to np. z 45 przypadków resekcyj kolana dowiedział się o dalszych losach 27 chorych, a z tych kilku jest rzeczywiście zupełnie wyleczonych. Nie tak to łatwo dowiadywać się o dalszych losach chorego wypuszczonego z opieki. Rezultaty operacyi u nas nie są tak pomyślne jak niektórych innych chirurgów dlatego, że u nas zgłaszają się chorzy późno, gdy proces gruźliczy daleko się już posunął. Mowca odrzuca od siebie zarzut, jakoby nie indywidualizował, owszem zazwyczaj próbuje środków łagodnych, jak injekcyj wśródmiąższowych, jodoformu, obecnie i kwasu cynamonowego, zanim przystępuje do operacyi.

W dalszym ciągu przytacza prof O. dowody, że gruźlica jest rzeczywiście cierpieniem, pod którem się kryją etyjologicznie różne choroby. Wszak *peritonitis tuberculosa*, która zostaje wyleczoną przez samo otwarcie jamy brzusznéj, nie może polegać na działaniu prątka Kocha. W jednym takim przypadku *peritonitis tuber.*, która ustąpiła po laparatomii wykonanéj przez mowcę, nie znaleziono prawie wcale prątków gruźliczych. Podobnie jak promienicę, którą do niedawna jeszcze uważano za gruźlicę, wyeliminowano z pod téj zbiorowéj nazwy, mowca ma nadzieję, że jeszcze i inne mykozy w dzisiejszéj gruźlicy się odkryje. „*Cladothrix* Eppingera jest pierwszą ścieżką, po któréj kroczyć należy do odkrycia wielu ważnych szczegółów“. Mowca proponuje wybór komisyi, któraby wyznaczyła, w jakim kierunku należałoby daléj sprawę tę badać i ewentualnie sporządziła schematy, według których badania by się uskuteczniało.

Nastąpił wykład Dra Kozłowskiego z Krakowa: „O resekcyi kolana metodą Helferichа“.

Metoda resekcyi kolana podana przez Helfericha na 19. Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie, polega na wypiłowaniu walcowatego klina i na przecięciu (w razie trudnego odprowadzenia) napiętych tkanek i ścięgien zginaczy kolana w przegubie kolanowym. Opisawszy bliżéj sposób postępowania w téj operacyi, podaje prelegent jéj zalety: 1) skrócenie kończyny jest stosunkowo nieznaczne; 2) nigdy nie przychodzi do otwarcia jamy szpikowéj, coby opóźniało zrastanie się kości; 3) zazwyczaj unika się naruszenia chrząstki nasadowéj, a tem samem upośledzenia wzrostu; 4) przez samą formę płaszczyzn przepiłowania nie napotyka się żadnych trudności w ustalaniu kości, przesunięcie się ich jest prawie niemożliwem; 5) z powodu szerokości płaszczyzn zetknięcia się kości zrost przychodzi łatwiéj do skutku i jest silniejszy.

Prelegent demonstrował kilka przypadków metodą Helfericha operowanych.

W dyskusyi nad tym wykładem zabierali głos prof. Rydygier i Dr. Drobnik.

Prof. Rydygier zawiadomił, że w dniu następnym wykonaną zostanie w klinice operacyja Helfericha i zaprasza uczestników Zjazdu do przybycia i przyjrzenia się wykonywaniu tego rękoczynu. (C. d. n.)

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 lipca. Redaktor „Przeglądu Lekarskiego“ wyjeżdża na kilka tygodni, korzystając z wakacyj. Przez czas jego nieobecności we wszystkich czynnościach redakcyjnych zastępować go będzie kol. Dr. Murdzieński (ul. Floryjańska Nr. 53).

* W tygodniu 28-ym (od 10—16 lipca) było w Krakowie małżeństw 8, urodzeń 47, skonów 41, z tych z gruźlicy 14, z nieżytu żołądka i jelit 6, z zapalenia płuc 5, z ospy 1, z duru brzusznego 1.

* Do dnia 7 lipca było w Szczawnicy gości 1094, w Pyszczanach do d. 13 lipca 2541.

* (*Dr. S.*) Ojców, to urocze miejsce dla letniego mieszkania, przeszedłszy na własność Ludwika hr. Krasińskiego, upiększa się i udoskonala coraz bardziéj. Dla bezpieczeństwa kilkuset gości stale obecnie mieszka w Ojcowie Dr. Karol Rychliński, ordynator kliniki uniwersyteckiéj warszawskiéj, a nie wątpimy, że Zarząd Ojcowa skorzysta z pobytu na miejscu lekarza, aby z Ojcowa zrobić nietylko przyjemne ale i higijeniczne miejsce letniego pobytu.

* **Odznaczenia.** Wysłużony prof. psychijatryi Baliński w Petersburgu otrzymał order św. Aleksandra Newskiego. — Dr. Daniło, asystent katedry psychijatryi w Petersburgu, wybrany został członkiem honorowym Tow. neurologicznego w N. Yorku; tenże uczony nasz rodak otrzymał na wystawie elektryczněj w Petersburgu medal za wprowadzenie nowych metod i sposobów, używanych w elektroterapii.

* **Zmarli:** w Kazaniu profesor uniwersytetu Walery Podwysocki w 70 roku życia. Urodzony w gub. kijowskiéj, ukończył wydział prawa w Charkowie, a w 50 roku życia zapisał się na wydział lekarski w Dorpacie, w którym w r. 1878 otrzymał stopień Dra medycyny. Pracował głównie w chemii i farmakologii. (Syn zmarłego Włodzimierz, urodzony w r. 1857 w gub. Czernigowskiéj, uzyskawszy stopień Dra med. w Petersburgu w r. 1884, poświęca się patologii). — Jedną z pierwszych ofiar cholery, panującéj obecnie w Rosyi, padł Dr. Baliński w Taszkiencie, syn znakomitego i zasłużonego psychijatry petersburskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 6 Sierpnia 1892. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Zestawienie szczegółowéj profilaktyki i terapii cholery.

Napisał

Prof. W. Jaworski.

Niniejsze zestawienie ułożone według wskazówek naukowéj Komisyi cholerycznéj Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, oparłem na najprawdopodobniejszem przypuszczeniu, że cholera jest chorobą zakaźną, wywołaną lasecznikiem przecinkowym, wykrytym przez R. Kocha. Przytem uwzględniłem z teoryi gruntowo lokalistycznéj to, co fakta należycie i bezstronnie obserwowane potwierdzają.

I. Profilaktyka.

Nowoczesne postępowanie ochronne przeciw cholerze musi się stosować według właściwości biologicznych lasecznika p., o którym zapamiętać należy, że żywotność jego jest względnie słaba i ograniczona, ale rozmnażalność szybka i ogromna.

1) Lasecznik p. potrzebuje do swego rozwoju niezbędnie wilgoci (wody), rozwija się najlepiéj w cieczach i na wielu organicznych ciałach wilgotnych, jednak zależy to od jakości odżywczego ciała. We wodzie przekroplonéj utrzymuje on się przez 20 dni (Nicati i Rietsch), we wodzie morskiéj 64 dni, we wodzie zaś do picia utrzymuje on się przez 4—6 dni (Kraus, Karliński, Cunningham); we wodzie sterylizowanéj nawet rok (Riedel), gdyż tu nie przeszkadzają jego rozwojowi bakteryje wodne. — W ziemi wilgotnéj się rozmnaża i przez pewien czas utrzymuje, jednak według ostatnich doświadczeń V. Giaxa tylko warunkowo, bo jeżeli ziemia jest zbyt przesiąknięta bakteryjami gnilnemi (*saprophytes*), to wkrótce im ulega, w ziemi ogrodowéj po 26 dniach (Cunningham). Musimy jednak pozostać przy spostrzeżeniach wszechstronnie stwierdzonych, że cholera zwykle się szerzy w miejscach wilgotnych, bagnistych i bardzo często wzdłuż rzek, stawów, u podnóża wzgórz, w mieszkaniach wilgotnych, w parterowych więcéj, niż piętrowych.

Brak wody nietylko przeszkadza rozwojowi lasecznika, ale może go przyprawić o zupełną utratę żywotności. Po dokładnem wysuszeniu 3-godzinnem obumiera. Suknie, bielizna i pościel zanieczyszczone odchodami lub wymiocinami cholerycznymi w stanie wilgotnym są najniebezpieczniejszemi przenośnikami cholery i powinny być dokładnie odrażane. Sprzedawanie noszonéj odzieży po tandetach powinno być podczas trwania epidemii wzbronione. Niebezpiecznemi są ścieki, sadzawki, studnie, do których często przecieka woda z przytykających kloak, i powinnyby, jeżeli są wodociągi w mieście zamknięte. W zbiornikach wody (*tank*) w Kalkucie znajdował Koch lasecznik p. — Przestrzegać należy ludność przed wlewaniem wydzielin cholerycznych lub praniem bielizny, przed myciem przedmiotów zanieczyszczonych przez cholerycznych w rzekach, stawach i studniach.

Wysuszania używa się w celu desinfekcyi pomieszkań, w których chorzy choleryczni leżeli lub zmarli. Wydala się mieszkańców z pomieszkania, pozostawia większe sprzęty (stoły, szafy itp.) i otwierając okna przewietrza się mieszkanie przez 2 tygodnie, dla pewniejszego i szybszego wysuszenia zapala się w piecu a nawet wstawia w razie potrzeby piec żelazny.

Nieprawdopodobne jest przenoszenie się cholery przez listy i suche posyłki towarowe, a według Kocha i przez powietrze. Jednak jest to rzecz sporna, gdyż wprawdzie laseczniki p. suche obumierają, jednak według Hueppego istnieją formy stałe (*arthrospora*) lasecznika p., które są w stanie wydać generacyję, czemu Koch, a obecnie Kitasato przeczą. Możliwem jest przeniesienie lasecznika przez powietrze w pewnych tylko warunkach, np. jeżeli odchody lub wydzieliny choleryczne rozbryzgnięte zostaną albo podczas nagłych wymiotów, albo przy praniu bielizny cholerycznéj, lub przy czerpaniu wody zakażonéj itp. Proust, Hausser przytaczają przypadki, w których osoby prze-

bywające w pokojach, gdzie znajdowali się chorzy choleryczni lub bielizna choleryczna, na cholerę zapadali. Jest to nieprawdopodobnem, gdyż te osoby mogły infekcyję inną drogą nabyć.

Możliwem jest przeniesienie lasecznika p. z wydzielin chorych cholerycznych, znajdujących się na sukniach, w nocnikach, na wychodkach za pośrednictwem owadów (Celli) na pokarmy, palce, twarz lub wargi ludzi zdrowych. Pokarmy i naczynia kuchenne powinny być pod kloszami lub w szafach od much zabezpieczone.

2. Ciepłota 30—40° C. rozwojowi lasecznika p. najlepiéj sprzyja. Począwszy od +16° C. w dół on się nie rozmnaża, lecz nawet do —10° C. oziębiony nie ginie, a z podwyższeniem ciepłoty znów rozwijać się może. Epidemije choleryczne rozwijają się najczęściéj w lecie, jak długo ciepłota górnych warstw ziemi jest wyższa. W zimie cholera może się szerzyć tylko przez bezpośrednie stykanie się ludności między sobą, podczas gdy zarazek w ziemi przezimowuje do wiosny. Lód lub śnieg mogą być także przenośnikami zarazy. Ciepłota +64° C. zabija laseczniki w przeciągu 4 godzin, +85° C. w krótkim czasie. Możemy więc nasze pokarmy przez gotowanie od lasecznika p. zupełnie uwolnić. Pokarmy z poprzedniego dnia pozostawione należy przed spożyciem przegotować. Unikać należy pokarmów, które bez gotowania w stanie surowym używamy: surowych owoców, jagód, arbuzów, melonów, ogórków, grochu zielonego, rzepy, rzodkwi, sałat, nawet sera itp. Masło i tłuszcze wprzód należy przetopić i do 100° ogrzać.

Gorąca para wodna jest wybornym środkiem desinfekcyjnym dla przedmiotów podejrzanych o lasecznik p. W miejscach, gdzie niema desinfekcyjnego przyrządu publicznego, można takowy według Kocha łatwo zaimprowizować w ten sposób, że na duży kociołek lub garnek, w którym woda silnie wre, kładzie się beczułkę odwróconą, o jednem dnie przedziurawionem, do otworów dna przyczepia się przedmioty mające być odrażone, w jeden zaś otwór termometr w celu kontrolowania ciepłoty (100° C.). Według grubości przedmiotów należy takowe przez 2—3 godzin w parze utrzymywać.

3. Lasecznik p. potrzebuje do rozwoju tlenu (aerobny). Przez odciągnięcie powietrza, on się odmiennie rozwija jako anaerobny, stając się według Hueppego mniéj odpornym, łatwiejszym do zniszczenia i słabo zakaźnym, skoro jednak dostaje się napowrót na powietrze, np. z wypróżnieniami staje się aerobnym, bardzo odpornym i mocno zakaźnym. Hueppe twierdzi też, że świeży kał choleryczny jest mniéj zakaźny niż taki, który dłuższy czas stał w powietrzu i radzi śpieszyć się z desinfekcyją. W atmosferze kw. węglowego lasecznik p. się nie rozmaża, lecz i nie utraca żywotności i dostawszy się na powietrze znów się rozwija. Woda sodowa jest niepewnym napojem w czasie epidemii cholerycznéj, chociaż Hochstetter o wodzie selcerskiéj powiada, że w niéj lasecznik p. ginie po 3 godzinach.

Światło słoneczne zwłaszcza promieniste wstrzymuje rozwój lasecznika p. we wysokim stopniu (Buchner), powstrzymuje go także ozon (Ohlmüller).

4. W stolcach rozpostartych na wilgotnem płótnie lub do wilgotnéj ziemi włożony lasecznik b. szybko się rozmnaża i pozostaje jeszcze 16 dni przy życiu. W stolcach cholerycznych nagromadzonych w zbiornikach, kanałach itp. ulegających gniciu w miarę rozwoju laseczników gnilnych (saprofitów), może to się stać przy szybkiem gniciu już po 24 godzinach a przeciętnie po 4 do 6 dniach (Uffelmann). Schiller znajdował laseczniki p. żywotne w kale gnijącym najpóźniéj po 14 dniach, w cieczy kanałowéj po 13, Gruber zaś w gnojówce wyjątkowo po tygodniach. Zbiorniki z ciał gnijących zwierzęcych do pewnego stopnia same się desinfekcyjonują. We wychodkach, gdzie się znajduje świeży kał, tego rodzaju samodesinfekcyi niema, takowe muszą być dwa razy dziennie bardzo starannie desinfekcyjonowane.

5. Lasecznik p. rozrasta się bardzo szybko we wielu pokarmach a mianowicie: w rosole, w mleku słodkiem, na gotowanym ziemniaku (nawet przy oddziaływaniu kwaśnem), na świeżem mięsie, gotowanych jajach, słodkiéj kapuście, marchwi, skrawkach jabłek i gruszek (Celli); mniéj bujnie na wilgotnym chlebie i nasionach strączkowych, zachowuje swą żywotność nie rozrastając się na serze (przez 1 dzień), świeżych jarzynach, surowych ziemniakach, surowych owocach, wodzie cukrowéj, czekoladzie, kawie (Babes), w maśle żyje 7—32 dni (Laser, Heim), na szynce 6 godzin (Celli). Uwagę należy zwrócić na mleko; kupować je tylko z miejsca z czystości znanego i przed każdorazowem użyciem przegotować. W serwatce, mleku słodkiem rozmnaża się lasecznik p. ogromnie (Kitasato), skoro zaś mleko przechodzi we fermentacyję kwaśną laseczniki giną, niekiedy już po 24 godzinach (Cunningham). Bochenki chleba, bułki, sucharki, ciastka itd., które się zwykle nie w domu wypieka, ale od piekarza przynosi, należy przed spożyciem wystawić w bratrurze na ciepłotę około 100° przynajmniéj na ½ godziny. W przeciągu 24 godzin ginie lasecznik na kwaśnych owocach, kwaśnych jarzynach, na solonem lub wędzonem mięsie, korzennych przyprawach, musztardzie, cebuli, czosnku, we winie, piwie (Babes). Powyższych pokarmów i napojów należy dopiero po 24—48 godzinnem leżeniu pod kloszem używać.

6. Rozrost lasecznika odbywa się przy oddziaływaniu alkalicznem. W rozczynach kwaśnych, z wyjątkiem kw. jabłkowego, fosforanów kwaśnych, rozwój lasecznika p. ustaje, a przy pewnéj ilości zależnéj od przyrody kwasu, lasecznik utraca swą żywotność. W barszczu, kwaśnem mleku, kiszonéj kapuście, piwie dobrem, we winie, rozwój lasecznika ustaje po niedługim czasie. Prawdopodobnie po 24 godzinach można powyższe pokarmy i napoje bez niebezpieczeństwa zakażenia używać.

7. Lasecznik przy zmienionych warunkach rozwoju (ciepłocie, pożywce, obecności pewnych ciał np. salolu itp.) zmienia swe własności morfotyczne a do pewnego stopnia i biologiczne (patrz 3). Ztąd prawdopodobnie pochodzi, że jego zakaźność w różnych epidemijach a nawet w różnych czasach téj saméj epidemii jest różną. Zäslein twierdzi, że lasecznik przecinkowy wędrując po Europie, przechodzi w inne odmiany, jest wielopostaciowy.

Lasecznik p. wytwarza w kulturach ciała trujące, toksyny, które same po zniszczeniu lasecznika przez ogrzanie lub sączenie, są w stanie wywołać u zwierząt do dwu-

[1]) Inne ciała wytwarzane mają znaczenie z powodu charakterystycznego oddziaływania. Jeżeli czystą kulturę peptonową lasecznika p. oblejemy 5—10% kw. solnym, wkrótce pojawia się różowe zabarwienie, które po ½ godziny przechodzi w cisawe (reakcyja Bujwida).

nastnicy wprowadzone najcięższe przypady choleryczne (*stadium algidum*) i śmierć w przeciągu godziny (Nicati i Rietsch, Ermanghem). Kilka z tych ciał zostało otrzymane nawet ze zwłok i odchodów cholerycznych (Pouchet, Villiers) i jako trujące dla zwierząt poznane. W stanie czystym otrzymali je z kultur ostatniemi czasy O. Brieger, R. Pfeiffer, Winter i Lesage, przyczem okazało się, że własności trujące wytwarzanych przez laseczniki toksynów, stosownie do warunków rozwoju i odmiany się zmieniają. W objawach cholerycznych zatrucie ustroju toksynami będzie grało ważną rolę, a także w zachowaniu się pod względem przebiegu i śmiertelności (*genius epidemicus*) w różnych epidemijach.

8. Wiele bardzo istot chemicznych powstrzymuje laseczniki p. w rozwoju lub zabija je zupelnie a zależy to od ilości (zgęszczenia) dodanego ciała.

Następujące ilości ciał powstrzymują rozwój, ale nie zabijają jeszcze laseczników p. w kulturach:

	Obserw. Koch w zgęszczeniu	Obserw. Babes w zgęszczeniu
Sublimatum	1:100.000	1:15.000
Thymolum	—	1:10.000
Cuprum sulfuric.	1:2.500	1:3.000
Ac. aceticum	—	1:2.000
Ol. menthae piper.	1:2.000	—
Ac. carbolicum	1:400	1:1.000
Ac. salicylic.	—	1:800
Camphora	1:300	—
Alumen	1:100	—
Alcohol	—	1:15

Laseczniki p. utracają zupełnie swą żywotność z kultur do następujących zgęszczeń ciał dodane.

	Obs. Nicati i Rietsch	po minut.	Obs. van Ermenghem	po minut.
Sublimatum	1:20.000	5	1:60.000	30
Ac. osmicum	1:10.000	5	—	
Ac. sulfuric.	1:4.000	10	1:1.500	30
Cuprum sulfuric.	1:3.000	5	1:600	30
Ac. nitric. fumans	1:2.000	5	—	
Ac. hydrochlor. conc. fumans	1:2.000	5	1:2.000	30
Ac. tartaricum	1:500	10	1:100	30
Ac. salicylic.	1:500	10	1:300	30
Zincum chloratum	1:500	5	—	
Zincum sulfuric.	1:200	5	1:300	30
Natrium salicyl.	1:200	5	—	
Ac. carbolicum	1:200	10	1:600	30
Aqua chlori	1:100	5	—	
Ac. sulfuros. w rozczynie	1:10	15	—	
Thymolum w rozczynie nasyc.	—		1:400	30
Ac. boricum	—		1:300	30
Ac. acet. glaciale	—		1:200	30
Ac. citricum	—		1:100	30
Opium	—		1:100	30
Calcaria chlorata	—		1:50	30
Aether sulfuric.	—		1:40	30
Chloroformium	—		1:40	30
Ferrum sulfuric.	—		1:30	30
Alcohol absol.	—		1:10	30
Wino	czyste	10	—	
Wino	1:4	15	1:4	30
Piwo	czyste	15	czyste	30

Wapno palone w ilości 0·4%—2% (Kitasato, Liborius).

Niszcząco na laseczniki p. działają: olejek gorczycowy, terpentynowy, goździkowy, bergamutowy, tanina (Cantani).

Zgęszczenie rozczynów w celach desinfekcyi praktycznéj musi być przynajmniéj dwa razy większe, niż tu podane, gdyż przez zmięszanie z ciałem zakażonem się rozcieńcza. Najsilniejszym środkiem desinfekcyjnym okazuje się sublimat, którego używa się w rozcieńczeniu 1:5.000. Gotowa prasowana pastylka (1/2—1 gr.) sublimatu rozpuszcza się w 5 litrach wody zwyczajnéj w naczyniu niemetalowym. Użycie sublimatu jest jednak w praktyce ograniczone z powodu, że łączy się z istotami białkowemi na ciała nierozpuszczalne, utracając własności antiseptyczne. Ztąd nie może być użyty do desinfekcyi kału, wymiocin, moczu itd. a prawdopodobnie i do podawania wewnętrznego lub lewatyw w napadzie cholerycznym; nadaje się zaś dobrze do mycia rąk, ciała, do płukania ust (?) 1:2.000 według polecenia Ermenghema, do prania bielizny zakażonéj itd. Do desinfekcyi gdzie sublimatu użyć nie można, stosujemy 5% karbol czysty albo 10% karbol surowy. W celu desinfekcyi wszelkich wydzielin cholerycznych, chwyta się je do naczyń napełnionych wprzód 10% karbolem surowym, którego ilość musi wynosić przynajmniéj 1/5 płynu zakażonego; dopiero po jednogodzinnem staniu wylewa się płyn do kanału. Zanieczyszczoną lub podejrzaną bieliznę, odzież i inne przedmioty dające się prać, pozostawia się przez 48 godzin w 5% karbolu czystym, a potem płucze we wodzie. Drobniejsze rzeczy zakażone, zwłaszcza ścierki, najlepiéj wrzucić do do ognia. Nieprzydatnym do desinfekcyi jest siarkan żelazowy (koperwas zielony), gdyż bardzo łatwo się rozkłada, przez co jego własność antiseptyczna i tak słaba, ustaje. Wapno palone jako ciało stałe, a nawet polecane jako mleko wapienne (2 1/2 litra na 224 litrów odchodów, Pfuhl) nie daje dostatecznéj gwarancyi desinfekcyi, gdyż je wymięszać dokładnie nie można. V. Giaxa zauważył, że przez pobielenie muru 20% mlekiem wapiennem, giną laseczniki p. na takowych się znajdujące w 6 godzinach.

Bardzo niszcząco na laseczniki p. działają kwasy. Wiele z nich może być nawet dodane w takiéj ilości do pokarmów i napojów, że są w stanie powstrzymać rozwój lasecznika, jak: kw. solny, winowy, cytrynowy (?), octowy, salicylowy. Bardzo zgubne działanie na lasecznik p. okazuje olejek miętowy, prawdopodobnie i Menthol, i może być użyty jako dodatek do octu do płukania ust; a i używanie pastylek miętowych nie będzie bez znaczenia.

Wielkiego znaczenia profilaktycznego dymowi, np. tytoniowemu, gazowi świetlnemu, które także powstrzymują rozwój lasecznika p. w kulturach (*Kladakis*), w praktycznem zastosowaniu przypisywać nie będziemy, zwłaszcza, że wiemy z doświadczenia, jak epidemie w dymnych chatach u nas grasują. Wykadzań nawet chlorem lub palącą siarką, jako środka desinfekcyjnego w czasie cholery, używać nie będziemy.

9. Rozwój lasecznika p. w ustroju lokalizuje się do jelita cienkiego, a według Kocha znajduje się on tylko w odchodach i wymiocinach. Finkler i Babes znaleźli go w kilku przypadkach w nerkach i w moczu; a Tizzoni i Nicati we krwi cholerycznych, co jednak potrzebuje bliższego stwierdzenia. Wszystkie przeto wydzieliny choleryczne należy desinfekcyonować. W stolcach ozdrowieńców cholerycznych w miarę jak zabarwienie żółte i woń kałowa (bakterye kałowe) powracają, znika lasecznik p. tak, że zwykle po upływie tygodnia go już w stolcu niema. Jednak są znane przypadki, których jeszcze 15. dnia po chorobie napotykano go w kale. Ozdrowieniec pocholeryczne może przeto jeszcze i po upływie 2 tygodni sprowadzić zakażenie. Pot, powietrze wydychane, powierzchnia skóry chorych i zmarłych cholerycznych nie przenosi zakażenia. Zmarłych cholerycznych należy bez mycia zawinąć dobrze w prześcieradło umaczane w roztworze karbolu czystego (10:100) lub surowego (12:100) albo sublimatu (1:1.000), przenieść do trupiarni i włożyć do trumny nakrytéj, aby muchy na powierzchnią zwłok się nie dostawały. Zwłoki choleryczne nie ulegają szybko rozkładowi, owszem z powodu znacznéj utraty wody długo bez zmiany się utrzymują. Nawet przez gnicie zwłok cholerycznych nie grozi niebezpieczenstwo rozwleczenia epidemii, gdyż lasecznik p. utraca szybko swą żywotność, w miarę rozwoju bakteryi gnilnych (saprofitów). We zwłokach zagrzebanych nie mógł Petri ani razu po 19 dniach znaleść lasecznika p. Że możliwość zakażenia się przez zwłoki jest mniejszą niż przez chorych, dowodzi np. ta okoliczność, że ze 162 grobarzy cholerycznych podczas panowania epidemii w Saksonii w r. 1866 i 1873 umarł tylko jeden, a w Damiette 1883 r. na 100 grobarzy cholerycznych żaden. O zakażeniu z powodu sekcyi zwłok cholerycznych, lub wykonywania prac naukowych na takowych nie czytałem nigdzie. Grzebanie zbyt szybkie zwłok cholerycznych, jak to na miejsce w ogólnym popłochu nie jest nakazane koniecznością.

10. Lasecznik p. dostaje się do ustroju ludzkiego tylko przez jamę ustną. Dostawaniu się przez drogi oddechowe, przez naskórek zdrowy lub chorobowo zmieniony, jakoteż drogą naczyń krwionośnych Koch stanowczo zaprzecza. Największą też uwagę należy zwrócić na pokarmy i napoje zwłaszcza wodę. Pokarmy i napoje podejrzane należy odrzucić, albo według powyżéj podanych skazówek uczynić nieszkodliwymi. Naczynia, w których się podejrzane pokarmy znajdowały, należy albo we wrzącéj wodzie wygotować, albo płynem antiseptycznym dobrze wymyć. Naczynia kuchenne i stołowe należy zawsze tylko wrzącą wodą myć, na gorącym piecu wysuszyć i schować na miejsce zabezpieczone od pyłu i much. Wielkie niebezpieczeństwo grozi za pośrednictwem własnych rąk (palców). Rękami dotykamy się najrozmaitszych przedmiotów i ludzi, niemi potem wprowadzamy pokarmy do ust, dlatego należy w czasie epidemii cholerycznej ręce a zwłaszcza palce i paznogcie przed każdem jedzeniem obmywać dokładnie roztworem sublimatu (1:5.000), i zapomocą szczoteczki, pozostającéj stale w wymienionym roztworze sublimatu wycierać. Jamę ustną i wargi należy przed każdem jedzeniem płukać (nie wodą zwyczajną!); najlepiéj czystym octem winnym lub winem, do których na jeden litr dodaje się 0·5 ol. Menthae pip. lub 0·2—0·5 Thymoli, lub 1—2·0 ac. salicylici. Należy zwracać uwagę wielu osób, zwłaszcza dzieci, aby unikały wkładania palców do ust i nosa, gryzienia paznogci, głaskania wąsów i brody, jakoteż zbytecznego całowania przedmiotów i ludzi, którąto drogą wiele chorób zakaźnych się przenosi. Kąpieli w rzekach i stawach należy unikać; myć i kąpać się należy tylko w domu, i to we wodzie, której cała ilość została przegotowaną.

* * *

11. Większa część ludzi, jakoteż zwierzęta domowe nie zapadają na cholerę. Przypisują to autorowie pewnéj odporności człowieka przeciw cholerze. Odporność ta ma polegać na zabiciu lasecznika przez kwaśny sok żołądkowy, którego kwasota wystarcza do zabicia lasecznika p. po 2 godzinach (Straus et Wurtz). U zwierząt zdołano wywołać dopiero wtenczas objawy choleryczne, gdy ominięto trawienie żołądkowe, wprowadzając kultury lasecznika p. przez przetokę do dwunastnicy, lub do żołądka z alkaliami i makowcem. Prawdopodobnie i stan trawienia jelitowego, jakoteż układu nerwowego wpływają na odporność i przebieg cholery. Wypadałoby wnioskować, że nadmierne wydzielanie soku żołądkowego (hyperaciditas, hypersecretio, catarrhus acidus) zwlaszcza jeżeli są połączone z mierną atonią, czynią człowieka przeciw cholerze odporniejszym, zaś sprawy nieżytowe żołądka skłonniejszym do infekcyi. O ile w tem jest prawdy, trudno na razie powiedzieć. Jednak wszyscy autorowie obserwujący przypadki choleryczne utrzymują, że chorobę nabywają ludzie ze słabem trawieniem żołądkowem lub jelitowem, a mianowicie skłonni do biegunki. Należałoby przeto w czasie panowania cholery czynność przewodu pokarmowego przez higijeniczne żywienie w najlepszym stanie utrzymywać, a najmniejsze objawy dyspeptyczne żołądka i jelit drogą dyjetetyczną usuwać. Osoby z dobrym stanem przewodu pokarmowego, a dotąd higijenicznie żyjące powinny tryb życia tylko o tyle zmienić, o ile niebezpieczeństwo infekcyi niezbędnie nakazuje.

Jeżeli lasecznik p. wtargnął do przewodu pokarmowego i znajduje warunki sprzyjające jego rozwojowi, to objawy choleryczne pojawiają się zwykle szybko, bo w 24 godzinach, co najdaléj w 5 dniach (studium incubationis), do którego to czasu powinna trwać obserwacya (kwarantana) podejrzanych. Tak możliwość zakażenia, jakoteż przebieg choroby zależy nietylko od usposobienia indywidualnego, ale także od mniejszéj lub większéj jadowitości przyniesionego zarazka (Cantani).

Przebieg rozszerzania się zarazka cholerycznego w pewnéj miejscowości bywa zwykle następujący: Z miejsc zakażonych nawet odległych przynoszą go pozornie zdrowe osoby, na lekką biegunkę choleryczną cierpiące, bądź ze stolcami, bądź z bielizną zakażoną, przenosząc zarazek na jednę lub kilka osób, które z pierwszymi zostawały w bliższéj styczności (pojawia się jeden lub kilka przypadków, zwiastunów cholery). Stolce złożone do wychodków, między odpadki zwierzęce lub roślinne, na wilgotną ziemię, a ztąd łatwo przechodząc do studzien lub wody rzecznéj, tworzą ogniska zakaźne. z których rozmnażający się lasecznik p. rozmaitemi drogami dostaje się do mieszkań i ustroju ludzkiego; — po upływie dopiero kilkunastu dni, lub nawet kilku tygodni pojawiają się w różnych, szczególniéj brudnych i wilgotnych dzielnicach miasta, częste przypadki zachorowania, nagabując przeważnie osoby mniéj

odporne. W miarę jak warunki telurycne i klimatyczne do rozwoju lasecznika p. stają się mniéj korzystne, a ludzi usposobionych do cholery ubywa, epidemija ustaje. Im ludność jest mniéj odporną, uboższą, nieschludniejszą, zaniedbaną i mało oświeconą, im grunt i mieszkania wilgotniejsze i brudniejsze, tem chorobliwość i śmiertelność bywa zwykle większą. Według Pettenkofera, który zresztą przeczy przenoszeniu się (*contagio*) cholery z człowieka na człowieka, jedynie tylko grunt pewnéj jakości, zwłaszcza przepuszczalny dla wody, jest w stanie wytworzyć zarazek (*miąsma*) choleryczny, który przy usposobieniu ustroju może wywołać objawy choleryczne, do pewnego stopnia analogicznie, jak to się dzieje ze zarazkiem malarycznym.

Grunt skalisty lub gliniasty, nieprzepuszczalny dla wody, ma tworzyć odporność miejscowości przeciw zarazkowi cholerycznemu. Według teoryi gruntowo-lokalistycznéj Pettenkofera ma się tłómaczyć, że okręty (?) i wiele miejscowości (Lyon, Rouen, Versailles, Sedan, Ołomuniec, Salzburg, Innsbruck, Bozen, Falkenberg, Pless, Stuttgardt, Würzburg, Darmstadt, Frankfurt n. M. itd.), które od dotychczasowych epidemij cholerycznych mało lub wcale nie ucierpiały, są odporne na zarazek choleryczny jedynie z powodu właściwości ich gruntu. Nie zauważono zapadania na cholerę w garbarniach.

12. W czasie epidemij cholerycznych chwyta się publiczność gorączkowo leków zapobiegawczych („anticholerycznych"), które jak grzyby po deszczu wyrastają. Co do potrzeby i wartości takich leków posłużą następujące uwagi: Lekiem zapobiegawczym według naszych zapatrywań na istotę cholery, musimy nazwać takie, które albo zwiększają odporność ustroju, względnie przewodu pokarmowego przeciw lasecznikowi p., albo wprowadzone do przewodu pokarmowego są w stanie uczynić go nieszkodliwym, gdyby się doń dostał. Pierwszy cel mógłby dobrze wypełnić kw. solny (HCl) sam lub połączony z pepsyną. W przypadkach nadmiernego wydzielania (*hypersecretio*) wprowadzenie HCl byłoby zbyteczne, a nawet szkodliwe. Lasecznik p. ginie już w kwasocie 5·0 = 0·184 p. m. HCl wolnego. Pozostają przypadki niedomogi wydzielniczéj lub zupełnego braku HCl. W tych przypadkach wprowadzając kw. solny (HCl) do treści żołądkowéj, część tegoż staje się utajoną i w swojem działaniu na lasecznik p. bardzo osłabioną, ale jeszcze niezupełnie zniesioną (Hamburger, Kabrhel). Dopiero gdy kwasota treści żołądkowéj dojdzie do 40, poczyna się pokazywać wolny HCl, a gdy osiągnie 45, to jest już dostateczną do zniszczenia lasecznika p. Przyjmując dzienną ilość treści żołądkowéj na 3 litry to w przypadkach braku HCl trzebaby dla utrzymania jéj kwasoty przy 45 stopn. wprowadzić dziennie 27 gr. *ac. muriat. dilut.*, ilość niemożebną. Pożytecznym byłby HCl nie w braku zupełnym HCl, ale w niedomogach wydzielniczych, gdzie go bardzo mało w stanie wolnym (ślad oddziaływania floroglucynowanilinowego). Tu wystarczy go podać w ilości 2·0 *ac. hydrochl. dil.* dziennie. Gdyby przypadło używać HCl we większéj ilości, to lepiéj użyć kw. organicznych *acid. tartaricum* albo *citricum* (?) w ilości 5 do 10 gr. dziennie. W stanach prawidłowych treść żołądkowa w szczycie trawienia zawiera zupełnie wystarczającą ilość wolnego HCl do zniszczenia lasecznika p., brak go jednak w żołądku czczym i w początku trawienia; to też możnaby i u zdrowych przed rozpoczęciem jedzenia jakoteż na czczo stosować HCl jako *prophylacticum*. Wychodzenie naczczo uchodzi już od najdawniejszych czasów jako usposabiające do zakażenia. Śniadaniem profilaktycznem dla osób wychodzących rano może być gorąca herbata z winem czerwonem i 4—5 kroplami kw. solnego i bułka ogrzana w bratrurze. Przy ocenie kwasoty treści żołądkowéj dla celów zapobiegawczych przed lasecznikiem p. należy uważać zabarwienie cisawe żółtych papierków tropeolinowych w takowéj zanurzonych, za wystarczające do zabicia lasecznika p.

W przypadkach, w których żołądek dla braku HCl przestał być desinfektorem, zniszczenia lasecznika, możnaby próbować tylko za pomocą ciał antiseptycznych (patrz ustęp 8), w których jedne działają w żołądku (*Thymolum, Ol. Menthae. pip., ac. salicylicum, resorcinum*), inne dopiero w jelicie (?) (*salolum, β-naphtolum salicylicum, β-naphtolum benzoicum, naphtalinum*). Ilość tych środków obliczona na utrzymanie aseptyczności 3 litrów treści żołądkowéj dziennie, wynosiłaby przez 24 godzin: 0·5—1·0 tymolu, 2.0 *Ol. Menthae*, 6·0 kw. salicylowego, 5—6 salolu, 5·0 *β-naphtolum salicyl.*, 4·0 *β-naphtolum benzoicum*, 2·0 *naphtalinum* (?). Dla aseptyki żołądka najlepiéj podawać środki w proszku, dla jelit w pigułkach lub pastylkach prasowanych. Przy poleceniu tych środków zachodzi jednak bardzo ważna okoliczność, czy przewód pokarmowy tak poważne ilości drażniących środków będzie w stanie przez dłuższy czas znieść, i czy u tych osób istniejąca i tak sprawa nieżytowa żołądka i jelit się nie powiększy, przez co narządy stałyby się jeszcze mniéj odporne przeciw zarazkowi cholerycznemu. Możnaby nieco zmniejszyć ilość środka antiseptycznego, dodając do niego kw. winowego, a w razie usposobienia do biegunki, kw. garbnikowego. Jednak i w ten zmodyfikowany sposób stosowanie codzienne tych środków z powodu zbyt wielkiéj ilości, jakiéj użyć trzeba, jest bardzo trudne, jak pouczają następujące recepty:

Ac. salicyl. (albo *ac. tartarici*) (albo *ac. tannici*) *Saloli* (albo *β-naptoli benzoici*) *āā 10.0* *M. f. p. div. in p. aeq. X* S. 5 proszków dziennie użyć albo *f. trochisci compressi Nro XX.* S. 10 pastylek dziennie użyć	*Thymoli 5·0* (albo *Naphtalini 6·0*), (albo *Mentholi 6·0*). *β-Naphtoli salicylici 7·0* *Pulv. radicis Ratanhiae et mucilag, Gi. arab. q. s. u f. pillulae Nro 100.* D. S. 15—20 pigułek dziennie użyć.

Przy używaniu powyższych środków w kroplach wprowadza się tylko niedostateczną ilość środków antyseptycznych:

Spir. Menthae piper. 25·0 *Ac. hydrochl. conc. crudi 1·0* *Thymoli 2·0—5·0* (albo *sololi 5*), (albo *resorcini 5·0*) M. D. S. 5 — 10 kropli we winie użyć.	*Spir. aether. Hoffmanni 10 0* *Ac. hydrochlor. conc. 1·0* *Mentholi 1·0* M. D. S. Po 10 kropel na czczo we winie czerwonem używać. (Krople podniecające do wydzielania kw. żołądkowego).

Co do używania wyskoku (wódek, koniaku, rumu, araku, miodu) jako środka zapobiegawczego, to niech służy następująca uwaga. Wyskok jest stosunkowo słabym

środkiem do zniszczenia laseczników p. (patrz ust. 8); licząc na jego własność antyseptyczną podczas cholery, trzebaby, obliczając treść żołądkową na 3 litry dziennie, użyć przynajmniéj 300 gr. *alcoholi absoluti* = 750 gr. zwyczajnéj wódki (40%) w 24 godzinach, co jest niemożliwém, a nawet o połowę mniejsza ilość byłaby więcéj szkodliwą, niż pomocną, gdyż sprawiłaby ostry, a w następstwie przewłoczny nieżyt żołądka i jelit i przez to zmniejszyłaby się odporność przeciw zarazkowi cholerycznemu. Doświadczenie też poucza, że nałogowi pijacy bardzo często na cholerę umierają, a po nocnych ucztach, uczestnicy libacyji nazajutrz na cholerę zapadają. Mała jednak ilość napojów wyskokowych n. p. wina, może być pośrednio korzystną, gdyż przyspiesza wydzielanie soku żołądkowego. Polecanie naszemu ludowi wyskoku jako *profilacticum* przeciw cholerze, znaczyłoby wystawić mu patent na pijaństwo.

O wartości *laudanum* jako środka zapobiegawczego będzie mowa jeszcze w części terapeutycznéj.

Inne leki „antycholeryczne" są jeszcze mniéj racyjonalne, niż powyżéj przytoczone, najczęściéj bezpośrednio lub pośrednio szkodliwe, gdyż utrzymują ludność w téj wierze, że posiadając specyfik antycholeryczny, nie potrzebuje się stosować do najradykalniejszych zasad hygienicznych i zapomina, że najlepszymi środkami antycholerycznymi jest ostrożność, zdrowy pokarm i czysta woda. Nie ulega jednak wątpliwości, że środki antycholeryczne na osoby trwożliwe, kobiety nerwowe, działają przy ogólném strachu psychicznie jako dzielne środki uspakajające, dla takich wystarczają krople orzeźwiające jak:

Trae Valerianea aether.	*Spirit. aetherei Hoffmanni*
Spirit. Menthae piper. āā 5·0	*Trae Ratanhiae aa 10·0*
Ac. hydrochlorici 1·0	*Ac. hydrochlor. 1·0*
M. D. S. 10 kropel użyć	M. D. S. 20 kropel użyć.

Wszystkie środki i wody antycholeryczne powinny być używane przed, podczas i po jedzeniu.

13. Na zasadzie wyżéj przytoczonych uwag będzie każdy lekarz w stanie przepisać w danym przypadku postępowanie ochronne w czasie cholery. Szczegółowe zestawienie profilaktyki zastosowane do osobnika, życia rodzinnego, podróży i t. d. znajdzie Szan. Czytelnik w mojem popularnem wydaniu o cholerze[1]). Tu dodam jeszcze uwagi, które do popularnego wydania się nie nadawały.

Osoby skłonne do objawów dyspeptycznych, mianowicie rozwolnienia, powinny stosownie do zmiany ciepłoty się ubierać we flanelę, a z pokarmów nie tylko notorycznych niestrawnych unikać, ale takich, do którzch mają idiosynkrazyją (lody, raki, ryby i t. d.) dostając po ich spożyciu biegunki. Łatwe pojawienie się napadu cholerycznego przy usposobieniu biegunkowém, można rozmaicie tłómaczyć. *a*) Treść żołądkowa za szybko dostaje się do jelit, nim się wytworzy dostateczna ilość kw. żołądkowego dla zniszczenia laseczników p. *b*) W jelitach chorych znajduje się znaczna ilość treści jelitowéj płynnéj, któréj obecność w wysokim stopniu sprzyja rozwojowi laseczników p. *c*) Ściany jelita patologicznie zmienione wydzielają znaczną ilość cieczy alkalicznéj, która stanowi bardzo dobrą odżywkę dla laseczników p. *d*) Wskutek zmian nieżytowych lub zapalnych, przybłonek jelita staje się mniéj odporny przeciw wtargnięciu laseczników p. w ściany. Gdybyśmy biegunkę tylko symptomatycznie powstrzymywali, jakto zwykle bywa zapomocą makowca, a nie leczyli choroby, to prawie żaden z powyżéj przytoczonych korzystnych warunków dla rozwoju laseczników nie zostałby usunięty; owszem warunki pod *b*) i *c*) przytoczone stałyby się jeszcze korzystniejsze. Należy przeto nie biegunkę, ale jelito leczyć, a w czasach cholerycznych najlepiej będzie stosować tylko środki dyjetetyczno - higieniczne; odpowiedne żywienie, jednostajna ciepłota (wełnianą opaskę na brzuch i wełniane majtki), co się jeszcze lepiéj da uskutecznić przez spokojne leżenie w łóżku i picie ciepłych naparów w małéj ilości (np. z mięty pieprzowej, herbaty z małym dodatkiem wina czerwonego). Stosowanie zaś trae laudani w takich tylko przypadkach będzie korzystne, gdzie biegunka niema anatomicznéj podstawy, ale polega na indywidualnéj wrażliwości, lub tle nerwowém (strachu cholerycznym u kobiet). Tu działanie makowca będzie także i zapobiegawcze. Osoby z nawykowém zaparciem stolca znajdują się prawdopodobnie w korzystniejszem położeniu wobec laseczników p. Treść żołądka nie dostaje się wcześniéj do jelit, aż należycie się zakwasi, przyszedłszy, zaś do jelit tworzy w krótkim czasie gęstą masę, w któréj lasecznik p. nie tak łatwo rozwijać się może, jak w rzadkim płynie biegunkowym zawierającym przepocinę jelitową. Jeżeli więc istnieje nawykowe zaparcie stolca bez zmian anatomicznych w ścianach jelit, to taki stan należałoby uważać jako korzystny w czasie epidemii cholerycznéj. Do usuwania obstypacyi nie należy używać żadnych środków przeczyszczających, gdyż przez ich działanie wytworzą się wszystkie wyżéj wymienione korzystne warunki do rozwoju laseczników p. Treść żołądkowa niedostatecznie jeszcze kwaśna zbyt szybko do jelit przechodzi, w jelicie nagromadza się znaczna ilość alkalicznéj przepociny jelitowéj i płynnéj jeszcze treści żołądkowéj, przybłonek zaś jelita zostaje nieżytowo podrażniony, tak że lasecznik, któryby się przypadkowo dostał do żołądka lub w gęstym kale się już znajdował znajdzie się nagle wobec bardzo korzystnych warunków rozwoju. Używanie środków przeczyszczających jako *profilacticum* w cholerze, teoretycznie nie da się ugruntować; w praktyce też mało miał zwolenników. Najstosowniejsze środki do sprowadzenia stolców są te, które działają przez odbytnicę, lawatywy z wody 1—1½ litra świeżo przegotowanéj, albo lewatywy gazowe z wody sodowéj. Na dzióbek syfonu nakłada się rurkę kauczukową na metr długą z przystawką odbytnicową na drugim końcu. Wprowadziwszy przez naciśnięcie na kurek syfonu ¼ — ½ wody ze syfonu, wywołuje się w téj chwili bardzo obfity stolec. W czasie epidemii cholerycznéj należy stosować tylko wodę sodową wytworzoną na wodzie przekroplonéj, jaką np. wyrabia fabryka Rzący i Chmurskiego w Krakowie. W lodzie oziębiony syfon działa silniéj, niż przy zwyczajnéj ciepłocie. Nawet przeciw codziennemu stosowaniu tego nieszkodliwego a jelito wzmacniającego sposobu wywoływania stolca nie można żadnego podnieść zarzutu. Jeżeli lawatyw stosować nie można np. w podróży, to należy użyć gliceryny w ilości 1—3·0, bądź w czopkach kakaowych, bądź przez wstrzyknięcie wprost do odbytu. Jeżeli i tego środka niema, to założenie czopka z mydła glicerynowego a nawet zwyczajnego, często skutkuje.

Używania płynów (napojów, wody, mleka i t. p.) należy do koniecznych rozmiarów ograniczyć, raz z powodu, że się przez to zmniejszy szansa zakażenia, a powtóre

[1]) Cholera. Pouczenie popularne. Jaworski. Kraków 1892.

że w przewodzie pokarmowym utworzy się miazga gęstsza, trudniéj poruszalna, w któréj rozwój wszystkich bakteryj bywa utrudniony (Dunin).

Przed piciem wody zwyczajnéj naczczo, należy przestrzegać; woda często nie wywołuje dostatecznéj ilości kw. żołądkowego potrzebnego do zabicia laseczników p. a nadto u osób skłonnych do biegunki sprowadza takową. Wódki zaś pospolicie naczczo używane obniżają z czasem trawienie żołądkowe.

Woda do picia powinna być przegotowaną, najdogodniej w samowarze; po oziębieniu należy do niej dodać małą ilość wina czerwonego lub dobréj kawy czarnéj i wlać do użytku w karafki. Codziennie należy wodę świeżo przyrządzać. Zamiast wody przegotowanéj można bezpiecznie używać wód gazowych wyrabianych od kilku lat według wskazówek Towarzystwa lek. krakowskiego na wodzie przekroplonéj przez fabrykę Rzący i Chmurskiego w Krakowie. Innych wód sodowych, których podstawą jest zwykła woda studzienna używać nie należy. Następnie mogą być używane szczawy rodzime (woda Krynicka, Giesshübler, Żegiestów, Selters i t. p.) jeżeli podczas czerpania wód nie było w miejscu epidemii cholerycznéj. Należy jednak mieć na względzie, że te wody będąc nieco alkaliczne; zobojętniają pewną ilość kw. żołądkowego; dla osób z niedomogą wydzielniczą są też niestosowne. Ostatecznie napojami wolnymi od laseczników p. i mogące jako napój służyć są: wino zwłaszcza dobre czerwone nie więcéj jak 8% wyskoku zawierające, i dobre piwo, które jednak u nas jest najczęściéj w złym gatunku i przez osoby skłonne do objawów dyspeptycznych lub biegunki zwłaszcza w stanie zimnym nie powinno być używane. Przezorność nakazuje piwa i wina odrazu nie pić, ale przynajmniéj przez dzień pozostawić, a flaszkę płynem antyseptycznym obmyć.

Dzieciom należy zabronić, aby w miejscach wilgotnych zacienionych (podwórzach, trawnikach itd.) się nie bawiły, nie przewracały, nie leżały, nie sypiały, w pyle i piasku nie grzebały, gdyż wkładajac następnie zabrudzone palce do ust, nosa wprowadzają tą drogą najczęściéj zarazki chorobowe (np. gruźlicę) do ustroju. Wybierać należy do pobytu i zabawy tylko miejsca słoneczne i suche.

W rodzinie muszą wszyscy zwłaszcza służba, przepisy ochronne zachowywać. Brak przezorności ze strony jednéj osoby, albo sąsiadów, może narazić na zakażenie całą rodzinę, o ile ona nie jest odporną.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Brouardel i J. Ogier: Metody badań toksykologiczno-sądowych. (*Methodes d'expertises toxicol.-travaux du laboratoire*), Paryż, 1892 z rycinami.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

Plamy krwawe. Plamy na różnych przedmiotach znalezione a budzące podejrzenie, iż pochodzą od krwi, poddaje się badaniom następującym: sposób badania jest zawsze zależnym od tego, czy plama jest świeżą, czy dawną i startą. W pierwszym razie można plamę tę wywabić wodą destylowaną i otrzymany płyn barwny zbadać pod spektroskopem. Badanie sposobem Van Deena tj. świeżym nastojem żywicy gwajakowej i starą terpentyną, w które zanurza się badaną plamę nie przedstawia wielkiej wartości, odkąd jest wiadomem, że nietylko krew lecz i inne istoty (siarkan żelaza) błękicą gwajak.

Plamy stare i zużyte mogą z najlepszym i najpewniejszym wynikiem być poddane próbie heminowéj Teichmanna. Plamę rozpuszcza się kilku kroplami wody i płyn ten daje się na szkiełko przedmiotowe. Do płynu dodaje się maleńki kryształek soli kuchennej i odparowuje aż do suchości w łagodnem cieple. Następnie ogrzewa się po kilka razy suchą tę pozostałość z zeszklonym kwasem octowym (*ac. acet glaciale* — musi się palić w płomieniu lampki spiryt.) Po oziębieniu poszukuje się pod mikroskopem kryształków heminy.

Wykrycie ciałek czerwonych krwi w plamach wykonywa się w zakładzie najchętniej używając płynu Viberta wedle przepisu: *sublim. corros. 0,50 natri chlorati 2,00 aquae 100,00*.

Fotografowanie znajduje wielkie zastosowanie w zakładzie w celach sądowych. Wszystkie zwłoki niewiadomego pochodzenia bywają odfotografowane z wszystkiemi szczególnemi znamionami i t. d. Prócz tego używa się fotografii do zdjęć preparatów drobnowidowych. I tak robi się zdjęcia z preparatów zawierających spermatozoidy z plam lub płynów do zbadania w tym kierunku przysłanych, ciałka czerwone krwi, kryształy heminy, drobnoustroje; wreszcie wykonywa się zdjęcia z preparatów tkanek zmienionych pod wpływem różnych obrażeń mechanicznych, termicznych lub chemicznotoksycznych. Zdjęcia te można następnie w przypadkach sądowych, jako lica z aktami sądowi odesłać.

Na tem kończą B. i O. część pierwszą dzieła. Część druga zawiera zbiór prac naukowych, dokonanych w zakładzie, z których ważniejsze zasługują na krótkie streszczenie.

Z licznych prac różnych autorów, znaczniejza część odnosi się do zakresu hygieny. Z prac z dziedziny medycyny sądowéj zasługują następujące na uwagę:

Vibert i Ogier. O wartości białka w moczu zwłok. Niejednokrotnie zdarza się, iż sekcyja zwłok nie okaże zmian dostatecznych w narządach wewnętrznych, do wytłómaczenia przyczyny śmierci. Ztąd autorowie chcieli się przekonać, czyby wykrycie białka w moczu zwłok, nie mogło mieć wartości dyjagnostycznéj co do choroby nerkowéj. Doświadczenia w tym względzie na 28 zwłokach przedsięwzięte doprowadziły do następujących wyników:

Mocz dobyty z pęcherza zwłok zawiera wcale często białko; istnienie jakoteż ilość białka zależną jest od zgnilizny i jéj postępu a to w tym stopniu, że im bardziej zgnilizna postąpiła, a więc tem samem więcéj zmieniła ściany pęcherza, tem mocz więcéj będzie posiadał białka pochodzącego ze ścian pęcherza. W zwłokach świeżych mocz nie zawiera białka, jeśli nie zawierał go i pod koniec życia.

Bougier: Przyczynek do nauki o śmierci z utopienia. B. postawił sobie za zadanie rozstrzygnąć, czy możliwem jest rozpoznać śmierć z utopienia, to znaczy, czy można odróżnić, czy zwłoki z wody dobyte odnoszą się do człowieka, który zginął śmiercią z utopienia, czy też one już jako zwłoki w wodzie zanurzone zostały. W tym celu zanurzał zwłoki ludzkie i zwierząt, ponadto i topił zwierzęta żywe w wodzie zabarwionéj fuchsyną i zawierającéj piasek i trociny drzewne. Wyniki doświadczeń tych były następujące:

Wejrzenie zewnętrzne nie wyróżnia zwłok utopionego zwierzęcia za życia od zwłok zatopionych. Woda wraz z ciałami obcemi wnika u pierwszych aż do najdrobniejszych rozgałęzień oskrzeli, u drugich tylko do większych pni oskrzelowych. Nagłośnia u pierwszych jest w położeniu prostopadłem, gdy u drugich ledwie nawpół otwartą. U pierwszych zawiera żołądek znaczną ilość wody u drugich nigdy; porównanie płynu z oskrzeli z płynem żołądka wykazuje różnicę. To samo zjawisko co do zawartości wody zachodzi także w uchu środkowem. Płyn spieniony znajduje się tylko w tchawicy i oskrzelach zwierząt za życia utopionych. Mimo tych znamion twierdzi autor, iż rozpoznanie śmierci z utopienia możliwem jest tylko, jeźli zwłoki są świeże i jeszcze niedotknięte zgnilizną.

Patenko. O zamartwicy z przyczyn mechanicznych. P. podjął pracę doświadczalną celem rozstrzygnięcia i sprawdzenia teoryi Dondersa dowodzącej, iż u psów uduszonych przez powieszenie lub przez gaz świetlny, przedstawiają wszystkie narządy a w szczególności płuca stan przekrwienia żylnego. Są bowiem poważni autorzy jak n. p. Hofmann, którzy wręcz przeciwnie twierdzą, iż u osób powieszonych płuca okazują znaczny stopień niedokrewności. P. stwierdził doświadczeniami swemi słuszność teoryi Dondersa, lecz przyjmuje on dwa wypadki mianowicie: raz nastaje stan zamartwiczy po wdechu, drugi raz po wydechu. W pierwszym razie płuca będą niedokrewne, w drugim przekrwione. W obu razach będą okazywały płuca wynaczynionki różniące się jedynie tylko rozległością zależną od tego, czy pękną naczynia włosowate, czy też większe. Czasem istnieje przekrwienie narządów obok wynaczynionek w opuszce rdzenia a nawet obok ostrego miąższowego zapalenia komórek zwojowych ośrodka oddechowego. Nawet w przypadkach uduszenia gazem świetlnym obraz anatomiczny bywa różnym tak, iż autor zmuszonym był przyjąć znowu dwa przypadki: tj. śmierć z uduszenia przy przeważających ruchach końcowych oddechowych lub wydechowych.

Lafon: Nowy odczynnik dla wykrycia morfiny i kodeiny. L. zaleca następującą reakcyję, którą stwierdził w wielu doświadczeniach: morfina lub kodeina barwi się pięknie zielono (kodeina żywiéj i czyściéj) roztworem sulfoseleniann amonowego. Odczynnik sporządza się rozpuszczając gram seleniann amonowego w 20 cm. sz. kwasu siarkowego zgęszczonego. Wprawdzie odczynnik ten nie daje możności odróżnienia morfiny od kodeiny, lecz daje możność wykrycia obu ich n. p. w przypadkach otruć makowcem i jego przetworami. (Dok. nast.)

III. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

IV wykład: Dr. Kryński: „O leczeniu zwichnięcia wrodzonego w stawie biodrowym. Główną trudność w leczeniu takich zwichnięć stanowi brak zupełny lub nader małe rozwinięcie panewki stawowéj, w któréj możnaby było umocować główkę kości udowéj po odpowiedniem odprowadzeniu z nienormalnego jéj położenia. Dotychczas używane metody operacyjne w różny sposób starały się osięgnąć utrzymanie główki w panewce, to przez zmniejszenie objętości pierwszéj, to przez zupełną jej resekcyję, już to wreszcie przez przybicie jéj ćwiekiem lub przyszycie do ściany miednicy. König wybrał drogę zupełnie odmienną, mając na celu utworzenie nowéj respect. powiększenie istniejącéj panewki. W tym celu robi on cięcie łukowate na 6—8 ctm. zaraz powyżéj trochant. maj. i przecina w dalszym ciągu mięśnie i okostną aż do kości. W cięciu okostnéj szerokiem dłutem odbija wachlarzowato zewnętrzną blaszkę kości wraz z okostną i w tym miejscu, gdzie ustawiona jest główka, odwija ku dołowi po nad główkę tak, iż okostna oddłutowanego kawałka kości, styka się z powierzchnią stawową główki. Wtedy brzegi okostnéj zeszywa z torebką stawową, po nad tym zeszywa przecięte mięśnie i skórę.

Prelegent przedstawił 5-letnią dziewczynkę operowaną tą metodą z powodu prawostronnego zwichnięcia stawu biodrowego. Od operacyi upłynęło 3 miesiące; główka dość mocno osadzona w nowo utworzonéj panewce i zupełnie dobrze ruchoma; istniejące przedtem skrócenie (do 4 ctm.) prawie zniesione; przy chodzeniu bez podparcia dziecko jeszcze utyka, co prawdopodobnie przy odpowiedniem wprawianiu się, stopniowo ustąpi niezadługo.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie drugie

dnia 12-go lipca 1892 po południu.

I wykład: Dr. Ziembicki ze Lwowa: „O krwotokach pęcherza, szczególnie po operacyjach i środkach zapobiegawczych“.

Przed trzema laty operował prelegent dwukrotnie przetokę pochwowo pęcherzową u kobiety, u któréj za każdym razem powstawał gwałtowny krwotok do pęcherza. Okoliczność ta sprawiła, że Dr. Z. żywo się zajął studyjowaniem kwestyi krwotoków pęcherzowych. Pęcherz opatrzony jest licznemi żyłami, które dzielą się na 3 główne sploty: podśluzowy, miąższowy i podotrzewnowy. Jeżeli przy *sectio alta* napełni się pęcherz płynem, a odbytnicę rozciągnie się za pomocą kolpeuryntern zauważa się, że żyły pęcherza są kolosalnie rozszerzone i tworzą jakby sieć jamistą, po przecięciu i skurczeniu się pęcherza, zastój żylny ustępuje. Rzecz naturalna, że chroniczny zastój żylny, jaki istnieje podczas ciąży pociąga za sobą jeszcze znaczniejsze rozszerzenie żył, typowe hemoroidy pęcherza.

Po tych wstępnych uwagach przystępuje prelegent do opisu dwóch nader ciekawych przypadków krwotoków pęcherzowych, które bezpośrednio po sobie obserwował w ostatnich czasach. Pierwszy z nich tyczy się osoby 19 letniéj, 3 miesiące po połogu będącéj, którą Dr. Z. operował z powodu przetoki pęcherzowo pochwowéj, wielkości fasoli. W 4 dni po operacyi nastąpił ogromny krwotok do pęcherza, objawy ostréj niedokrewności zagrażającéj życiu. Widząc, że szwy trzymają dobrze, a wiedząc, że krwawienie ustaje z chwilą otwarcia i wypróżnienia pęcherza, wykonał Dr. Z. *sectio alta*, aby w ten sposób ocalić linię szwów i nie otworzyć na nowo przetoki. Krwotok rzeczywiście po wypróżnieniu pęcherza ustał, chora przyszła prędko do siebie, po 18 dniach wyjęto szwy, a po pewnym czasie przetoka zupełnie się zagoiła.

W drugim przypadku również czwartego dnia po operacyi przetoki pęcherzowo-pochwowéj wystąpił krwotok do pęcherza, wykonano *sectio alta*, a w 24 godzin po tym rękoczynie zjawiły się ciężkie objawy *sepsis acuta*, wskutek czego wspólnie z Drem Schrammem wykonał prelegent laparatomiję. Po otwarciu jamy brzusznéj, okazała się otrzewna zupełnie prawidłową, jelita zapadłe. Chora umarła śród objawów zapadu, a sekcyja wykazała krwotok w pęcherzu, który mógł powstać jedynie tylko z przeciętych naczyń żylnych w tkance podśluzowéj i warstwy mięsnéj, a zdaniem prelegenta tylko wskutek działania na rozszerzone i chorobowo zmienione ściany żył szwów dolnych, które przecinają błonę śluzową od przodu ku tyłowi.

Na podstawie powyższych obserwacyj doszedł Dr. Ziembicki do następujących wniosków:

1) Krwotoki do pęcherza po operacyi przetoki pęcherzowo-pochwowéj przybierają ogromne rozmiary i mogą zagrażać życiu.

2) Zatamowania krwotoku nie można przeprowadzić środkami zapobiegawczymi.

3) Jedynym sposobem leczenia było dotąd wyjęcie szwów, otwarcie rany i wyjęcie skrzepów krwi.

4) O wiele lepszym sposobem jest *sectio alta*, która to operacyja zapewnia nawet rychlozrost plastyki wykonanéj na przetoce.

5) Źródłem krwotoków pęcherzowych są sploty żylne (*plexus haemorrhoidalis* i *vesicalis*) a przyczynę usposabiającą do krwotoków stanowią flebektazyje po przebytéj ciąży i zwyrodnienie ścian naczyń.

6) Krwotoki nie są następstwem błędu technicznego podczas operacyi.

7) Krwotok ustaje natychmiast po wypróżnieniu pęcherza.

8) Wobec przetok wysoko położonych, w przyszłości prelegent zastąpi szew srebrny jedwabnym.

W dyskusyi zabrał głos Dr. Barącz zwracając uwagę na to, że na podstawie doświadczenia prelegenta, przetoki takie jak opisane, nadawałyby się do cięcia wysokiego sposobem Trendelenburga. Operacyja ta ubezpieczałaby od krwotoku, a dane by były lepsze warunki do rychłozrostu. Wprawdzie w jednym przypadku, który Dr. B. tym sposobem operował wynik był niekorzystny, ale przypisać to należy téj okoliczności, że przetoka w tym przypadku była

bardzo szeroka i znajdowała się zanadto blisko cewki moczowéj. Przekonał się jednak mowca, że operując w ten sposób, można z wszelką łatwością szyć przetokę tak od strony pęcherza jakoteż od strony pochwy.

Dr. Gabryszewski opisuje przypadek krwotoku znacznego do pęcherza, obserwowany na klinice krakowskiéj u kobiety operowanéj po raz szósty z powodu przetoki pęcherzowo pochwowéj. W przypadku tym krwotok ustal pod wpływem stosowania okładów lodowych na okolicę pęcherza, wkładania kawałków lodu do pochwy i injekcyj ergotyny Bombelona. Krwotok prawdopodobnie był żylny, gdyż krew która z cewki wypływała, była ciemno zabarwioną i zawierała mnóstwo skrzepów miękkich charakterystycznych dla krwotoku żylnego.

Prof. Obaliński podaje trzy przypadki krwotoków pęcherzowych u mężczyzn, które przedstawiają daleko większą trudność w leczeniu z powodu znacznéj długości i wąskości cewki. Skrzepy zatykają tak bardzo cewkę lub kateter, że ani krew, ani mocz na zewnątrz przedostać się nie zdoła. W jednym przypadku przerostu gruczołu krokowego, w którym powstał krwotok, z powodu zatrzymania moczu prof. O. wykonał *sectio alta*, poczem krwotok ustal; rana zagoiła się.

Dr. Drobnik zapytuje prelegenta, dlaczego przenosi szwy jedwabne nad srebrne. Daléj zwraca uwagę, że krwotoki pęcherza występnią często wobec hemoroidów pęcherza i być mogą bardzo przykre. W jednym takim przypadku Dr. D. zastosował przepłukiwania pęcherza rozczynem kwasu salicylowego, który ma własność rozpuszczania skrzepów, a uwolniwszy w ten sposób pęcherz od skrzepów i krwi płynnéj, zastosował z pomyślnym skutkiem inne środki przeciwkrwotoczne.

Prof. Mars zgadza się z prelegentem, że krwotok opisany pochodził z żył. Krwotoki tętnicze bowiem powstają zazwyczaj bezpośrednio po operacyi, a w danym przypadku wystąpił krwotok dopiero w 4 dni po niéj. Naczynia żylne pęcherza i części rodnych są nadzwyczaj liczne i stanowią jednolity splot. Z tego powodu zdarzają się przypadki groźnych czasem krwotoków po pierwszem spółkowaniu; mowca popiera swoje wywody opisem kilku przypadków przez siebie spostrzeganych. W dalszym ciągu zwraca uwagę na postępowanie Bryka w przypadkach krwawienia po operacyi przetoki pęcherzowo pochwowéj. Bryk w takich razach od strony pochwy, w okolicy, o któréj sądził, że odpowiada miejscu krwawiącemu, zakładał szew głęboki na ślepo; postępowanie to bywało skuteczne.

Prof. M. nie zgadza się na to, aby przyczyną krwotoku miał być drut, zdaniem jego powodem do tego jest tylko napięcie ściany brzegów rany; ponieważ błona śluzowa pęcherza jest wiotsza niż pochwy, przeto naczynia pęcherza łatwiéj pękają. Dlatego ważnem jest postępowanie przygotowawcze, t. j. rozciąganie ścian pochwy za pomocą kul Bozemanna. Prof. M. zapytuje, czy prelegent w ten sposób postępował, oraz w jaki sposób traktował oddawanie moczu po operacyi. Jedni bowiem radzą odprowadzać mocz co kilka godzin, inni stale cewnik zostawiać, inni wreszcie każą choréj oddawać saméj mocz.

Dr. Schramm nie przyznaje słuszności twierdzeniu, że krwotok musiał pochodzić z żył; na żylny krwotok był on za wielki i dlatego sądzi, że tu mała tętniczka uległa przez szew rozdarciu. Ze krwotok nastąpił dopiero 4 go dnia po operacyi nie dowodzi niczego, albowiem często w ranach występuje krwotok w 4—5 dni po zadaniu jéj, który z chwilą wygarnięcia skrzepów ustaje. Sposób jakiego użył prelegent, jest bardzo dobry i zachęcający; naturalnie przed otwarciem pęcharza należy próbować łagodniejszych środków i dlatego nia zgadza się Dr. S. na radę Dra Barącza, który chce w każdym przypadku przetoki *a priori* otwierać pęcherz; wszak tyle operuje się przetok, a przecież krwotoki pęcherza są nader rzadkie. Sposób Treudelenburga zaleciłby mowca tylko w cięższych przypadkach.

Dr. Steuermark opisuje przypadek silnego krwotoku pęcherzowego w 8 dni po epicystotomii u człowieka z przerostem gruczołu krokowego. Pomimo, że pęcherz tu był otwarty i że wykluczoną była możność istnienia odleżyny wywołanéj przez kaniulę, krwotok wystąpił a ustał dopiero pod wpływem przepłukiwań rozczynem kwasu borowego.

Dr. Obfidowicz opowiada o dwóch przypadkach krwotoków pęcherzowych przez siebie spostrzeganych. Przyczyną krwotoku w jednym z nich było prawdopodobnie pęknięcie hemoroid pęcherza, w drugim krwotok nastąpił po przepłukaniu pęcherza rozczynem sublimatu 1:1000 wskutek pomyłki aptekarza. W obu przypadkach krwawienie ustało po zastosowaniu środków łagodnych, jak okładów, przepłukiwań pęcherza rozczynem kwasu borowego, środków narkotycznych.

Dr. Sawicki zwraca uwagę na nader korzystne działanie środków narkotycznych, jakie zauważył w jednym przypadku obfitego krwotoku żylnego z gruczołu krokowego po uretrotomii. W przypadku tym podawano przez pomyłkę duże dawki chloralu bardzo często i krwotok prędko ustał.

Dr. Idziński ostrzega przed operacyją Treudelenburga, która, jak to mowca przed kilku dniami tego doświadczył, sama przez się grozi krwotokiem z tego powodu, że cięciem poprzecznem przecina się mnóstwo żył pęcherzowych, przebiegających po większéj części podłużnie.

W dalszéj dyskusyi przemawiali jeszcze Dr. Obtułowicz i prof. Rydygier, a w końcu prelegent odpowiadał na niektóre kwestyje. Co do rodzaju szwów nie ma Dr. Ziembicki wprawdzie powodu do przekładania szwów drutowych nad jedwabne, jednakże ponieważ pierwsze 3 razy były przyczyną krwotoku, będzie teraz próbował jedwabnych. Z opisanych 4 przypadków tylko w jednym potrzebne było rozszerzanie przygotowawcze pochwy, w dwóch innych obeszło się bez dylatacyi, albowiem dostęp do przetoki był bardzo łatwy. Pod względem odprowadzania moczu prelegent w pierwszych dwóch dniach nie pozwala choréj saméj oddawać, lecz każe kateteryzować co 2 godziny, nie chcąc doprowadzić do nagromadzenia się większéj ilości moczu, które usposabia do krwotoku. Prelegent nie zgadza się nato, aby w przypadkach tak wielkich krwotoków środki relatywne jakikolwiek skutek odniosly. Obłożenie brzucha całego lodem np. nie obniża ciepłoty w pęcherzu ani o $^1/_4{}^0$. Przypadek Dra Steuermarka staje wprawdzie na pozór w sprzeczności z zapatrywaniami prelegenta, jednakże należy zważyć na to, że przypadek ten tyczy się prostatyka, a więc indywiduum o nader kruchych ścianach naczyń.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 4 sierpnia. Wobec niepokojących wieści o szerzeniu się cholery w Rosyi, Komisyja redakcyjna zastanawiała się nad środkami, jakiemiby sprawę zapobiegawczą przeciw zawleczeniu téj choroby mogła poprzeć w swoim organie.

W tym celu uchwalono wezwać komitet Tow. lekarskiego, aby zwołał posiedzenie nadzwyczajne (z powodu, iż w porze wakacyjnéj posiedzenia zwykłe już się nie odbywają), gdzieby sprawa ta omówioną być mogła.

Posiedzenie nadzwyczajne odbyło się w Sobotę d. 23 lipca, tamże uchwalono:

Wybrać Komisyję, któraby się zajęła wypracowaniem rozprawy o cholerze, streszczającéj najnowsze poglądy ze stanowiska naukowego, profilaktycznego i policyjno-sanitarnego.

Komisyja rzeczona dowiedziawszy się na pierwszem posiedzeniu z ust swego członka kol. prof. Walerego Jaworskiego, że on posiada już gotowy manuskrypt o cholerze, odpowiadający w zupełności intencyjom Tow. lekarskiego krakowskiego, uchwaliła tak ze względu na konieczny pośpiech, a szczególnie na powagę dobrze zasłużonego w literaturze imienia autora, polecić Szanownym Kolegom pracę prof. Dra Jaworskiego i tym sposobem uznać swój mandat za wykonany.

* P. protomedyk krajowy, Dr. Merunowicz, był w Szczakowéj oraz w Trzebini i przekonał się osobiście, że rewizyja

sanitarna podróżnych i desinfekcyja ich pakunków odbywała się i odbywa się w sposób zupełnie celowi odpowiedni. Zarazem przekonał się p. protomedyk, że rozgłaszane wiadomości o cholerze swojskiéj w Szczakowéj i Trzebini są zupełnie bezpodstawne. Wiadomości te redukują się do tego faktu, że palacz maszynowy w Szczakowéj, po zjedzeniu nadmiernéj ilości ziemniaków z kwaśnem mlekiem, zachorował d. 30 z. m., lecz w dniu wczorajszym już był zupełnie zdrów. W Trzebini zaś zachorowała d. 25 lipca jedna izraelitka, wśród objawów kataru żołądka i kiszek, lecz zaraz nazajutrz wyzdrowiała. Także umarło tam w ciągu lipca dwoje dzieci: jedno trzech-tygodniowe, drugie jedenasto-tygodniowe, wśród objawów ostrego kataru żołądka i jelit, lecz przypadki tego rodzaju są w obecnéj porze roku zjawiskiem bardzo częstem. Zarówno w Szczakowej jak i Trzebini stan zdrowia ludności jest obecnie zupełnie pomyślny.

* Według urzędowych wiadomości słabnie epidemija cholery na terytoryjum nadwołżańskiem, na terytoryjum naddońskiem wraz z Rostowem liczba przypadków wzrosła. Dnia 31 lipca zachorowało tam 1055 osób, umarło 447. W Moskwie i Rjazaniu pojawiły się już przypadki cholery.

* Do Niżniego-Nowogrodu wysłany został prof. Dr. Aurep w charakterze lekarza i administratora na czas całego jarmarku.

Saratowskie gubernijalne ziemstwo przeznaczyło 400,000 rs. na cele walki z cholerą.

Dowód wielkiéj odwagi i poświęcenia dał Dr. Markowski, który zaraz po spaleniu szpitala dla cholerycznych i wyrzuceniu z niego chorych cholerycznych przez wzburzony tłum, pierwszy wziął się do noszenia chorych, pomimo pogróżek i napaści tłumów.

Prof. Nencki miał dnia 14 lipca odczyt w instytucie medycyny doświadczalnéj o środkach desinfekcyjnych i uważa solveol lub solutol za lepszy środek niż kwas karbolowy. — W roztworze 6 : 1000 ma w ciągu 10 minut zabijać prątki choleryczne. Kilogram zaś ma kosztować tylko 3 marki.

* W okolicach Paryża panuje już przeszło od miesiąca epidemija choroby bardzo do cholery zbliżonéj; zapadały dotąd przeważnie dzieci, śmiertelność jednak bardzo znaczna. Od połowy lipca pojawiły się już przypadki cholery i w samym Paryżu, gdzie badania Nettera wykazały laseczniki Kocha. Źródła urzędowe francuskie zaprzeczają jednak istnieniu cholery azyjatyckiéj.

* Temi dniami wyszła z druku rozprawa naszego rodaka Dra Ernesta Fingera, docenta chorób skórnych i wenerycznych w Uniwersytecie wiedeńskim, p. t. „O dziedziczeniu kiły“. Rozprawa ta rozpoczyna seryję II. „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“ wydawanych pod redakcyją prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie i stanowi zeszyt 12 tego pożytecznego wydawnictwa.

* Miło nam podzielić się z naszymi Czytelnikami wiadomością udzieloną nam przez kolegę przybyłego z Gleichenbergu, że lekarze praktykujący w tym zdrojowisku, utworzyli odrębną sekcyję Towarzystwa lekarzy w Styryi, i że przy wyborach dokonanych d. 16 z. m., wybrano Dra Brühla wiceprezesem téj sekcyi, zaś Dra Bulikowskiego delegatem na generalne posiedzenie Związku lekarzy austryjackich d. 7 i 8 pazdziernika odbyć się mające. Jestto bezwarunkowo wybitny dowód, jakiem uznaniem i powagą cieszą się między niemieckimi kolegami nasi rodacy pracujący poza krajem w tak ciężkich warunkach.

* W tygodniu 29-ym (od 17—23 lipca) było w Krakowie małżeństw 7, urodzeń 46, skonów 40, z tych z gruźlicy 7, z nieżytu żołądka i jelit 5, z zapalenia płuc 4, z dławca i błonicy 5, z czerwonki 1.

* Do dnia 25 lipca było w Krynicy gości 2404, — w Truskawcu do d. 23 lipca 834, — w Pyszczanach do d. 28 lipca 2676, — w Szczawnicy do d. 21 lipca gości 1724.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. Murdzieński.**

NADESŁANE.

Jesteśmy proszeni o umieszczenie następującéj notatki: Wobec niebezpieczeństwa cholery nie można być dość ostrożnym pod względem wyboru wody do picia. Pod każdym względem polecenia godną jest czysta naturalna szczawa jak np. Mattoniego Giesshübler, która się już w różnych epidemijach okazała jako dobry środek profilaktyczny skuteczną, jako wolna od mikroorganizmów dzięki swemu pochodzeniu i wysokiéj zawartości CO_2. Używanie téj wody obecnie jest wskazane szczególnie w miejscach nie posiadających nienagannéj wody picia.

L. 8016. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Celem obsadzenia opróżnionéj posady c. k. weterynarza powiatowego w randze XI. klasy z systemizowanemi poborami, względnie opróżnić się mogącéj posady oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych rozpisuje się niniejszem konkurs do końca sierpnia 1892 r.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane ustawą z dnia 21 marca 1873, Dz. u. p. Nr. 37, metrykę urodzenia, tudzież dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci pozostający już w służbie w przepisanej drodze służbowéj, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyję policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 23 lipca 1892.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 13 Sierpnia 1892. Nr. 33.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Zestawienie szczegółowéj profilaktyki i terapii cholery.

Napisał

Prof. W. Jaworski.

(Dok. Patrz Nr. 32.)

14. Zachowywanie się osób stykających się bezpośrednio lub pośrednio z chorymi. Osoby wchodzące w styczność z chorymi cholerycznymi powinny przeważnie na to uważać, aby wypróżnienia, wymiociny i mocz chorych nie dostawał się na powierzchnię ich ciała lub odzieży, a gdyby to nastąpiło, według wskazówek dla desinfekcyi podanych działać. W téj kwestyi należy posługaczy i rodziny chorych cholerycznych pouczyć i ich dokładnie obznajomić ze znaczeniem i wykonywaniem desinfekcyi. W pokoju, w którym leży lub umarł choleryczny, albo znajdują się odchody i inne przedmioty zanieczyszczone przez cholerycznych, nie należy sypiać a pod żadnym warunkiem jadać.

Praczki, których odsetek śmiertelności podczas epidemii cholerycznéj bywa często większy niż ludzi innych zawodów, należy pouczyć, aby bieliznę z cholerycznych brały do prania tylko po dokładnéj desinfekcyi za pomocą pary.

Ponieważ krewni pielęgnując cholerycznych już z natury rzeczy w częstsze i ściślejsze zetknięcie z chorymi przychodzą, przeto więcéj się na zakażenie narażają niż obcy, to należy w tym kierunku dążyć, aby pielęgnowanie bezpośrednie chorego pozostawili obcym rękom, a zatrzymali tylko nadzór ogólny.

Lekarz zawołany do chorego cholerycznego powinien się upewnić, czy w mieszkaniu chorego znajdują się środki desinfekcyjne, a jeżeli takowych niema, kazać zakupić. Pożądanem jest, aby lekarz na nieprzewidziane przypadki miał przy sobie pastylki prasowane sublimatu, jakoteż wodę antiseptyczną do płukania ust. Jeżeli odzież lekarza zostanie zanieczyszczona wymiocinami lub odchodami, to należy natychmiast miejsca zanieczyszczone wymyć ręcznikiem umaczanym w sublimacie (1:5000), a przyszedłszy do domu posłać odzież do desinfektora, albo wywiesić na przewiewie powietrza na strych na tydzień, następnie jeszcze przez dzień za gorącym piecem wysuszyć i dopiero dać do wyczyszczenia. Po każdéj wizycie lekarskiéj należy ręce dokładnie roztczynem sublimatu wymyć, a przybywszy do domu jeszcze raz powtórzyć, wycierając palce szczoteczką, która ma stale leżeć w roztczynie sublimatu; ubranie zaś przez dzień noszone powiesić w miejscu suchem i ciepłem przynajmniéj przez 24 godzin i dopiero dać do wyczyszczenia.

Prawdopodobnie zachowaniu czystości i ostrożności należy przypisać, że chorobliwość lekarzy podczas epidemij cholerycznych, nawet w szpitalach cholerycznych bywa zwykle mniejszą niż reszty ludności. Tak np. w Paryżu w r. 1850 na 1600 lekarzy zachorowało tylko 3. W Saksonii w r. 1866 na 150 lekarzy cholerycznych żaden nie umarł, zaś w r. 1873 z 50 lekarzy cholerycznych wprawdzie 3 zachorowało, ale żaden nie umarł, pomimo, że w praktyce cholerycznéj zdarza się, że chory wymiocinami pryśnie na odzież a czasem i na twarz lekarza. Na téj podstawie wielu lekarzy przeczy udzielaniu się zarazka od człowieka do człowieka (Pettenkofer, Chałubiński i inni). Zwłaszcza przy pierwszem pojawieniu się choroby w Europie przeważna część lekarzy uważała cholerę za chorobę nie zaraźliwą.

Najwięcéj z lekarzy cholerycznych narażeni są na zakażenie lekarze choleryczni po naszych powiatach, prawdopodobnie nie z powodu jazdy po złych drogach, gdyż wożenie chorych cholerycznych na wózkach w celu wywołania wstrząsania, należało do metod leczniczych praktykowanych w czasie epidemij amerykańskich, jak to jeszcze po dziś dzień w użyciu jest w kamicy żółciowéj w Indyjach Wschodnich, — ale z powodu niewygód w podróży i wyczerpującego zajęcia dniem i nocą ustrój staje się mniéj odpornym przeciw zakażeniu. Niektóre wskazówki, które tu przytoczę, mogą być dla tych lekarzy pożądane.

Lekarz choleryczny powinien się postarać dla swéj osoby o posługacza jemu oddanego zupełnie, a o ile możności inteligentnego i pojętnego; podczas podróży ubierać się ciepło i nosić flanelę; jeżeli jest skłonny do biegunki, nosić opaskę na brzuchu, pić herbatę z dobrem winem czerwonem, ewentualnie z taniną; powinien mieć ze sobą odzienie do przebrania się, w razie gdyby to, które ma na sobie, zostało zanieczyszczone odchodami cholerycznemi. Zanieczyszczone suknie należy szybko w ciepłem miejscu lub na słońcu dokładnie wysuszyć, a jeżeli to nie jest możliwem, to je włożyć do kauczukowego lub ceratowego worka, których kilka w zapasie mieć trzeba, w celu możności oddzielenia przedmiotów podejrzanych od innych. Lekarz choleryczny powinien się zaopatrzyć w środki desinfekcyjne i dla swojej osoby, mając przy sobie: pastylki sublimatowe, kw. salicylowy, taninę, kw. winowy, solny i t. p. i we wodę antiseptyczną do płukania ust. Pod żadnym warunkiem nie powinien lekarz choleryczny przyjmować pokarmów i napojów w domach tych miejscowości, w których panuje epidemija. Najlepiéj zrobi, jeżeli się zaopatrzy w własną kuchenkę do gotowania, niezbędne naczynia stołowe, pokarmy i napoje, jak: dobre wino czerwone (mniéj stosowne są wódka, koniak, rum), czekoladę, kakao, herbatę, cukier, sól, dobre wędliny, konserwy i sucharki fabryczne w hermetycznem opakowaniu, wyciąg Liebiga i mączki preparowane do robienia zup, z których lekarz może sobie łatwo swojéj służbie kazać przygotować ciepłe potrawy. Najgłówniejszym pokarmem lekarza cholerycznego po naszych wsiach będą zapewne stanowić jaja, które należy gotować w rozczynie kw. salicylowego (3:1000). Wodę miejscową należy pić dopiero po zakwaszeniu kw. solnym (5 kropel na szklankę) lub kw. winowym (0·7 na $^1/_4$ litra) i po pozostawieniu przez $^1/_2$ godziny, aby przez ten czas laseczník p. utracił swą żywotność. Najstosowniejszym jednak napojem będzie świeżo przyrządzona herbata z winem czerwonem. Na nocleg należy najschludniejsze i najsuchsze domy wybierać.

* * *

Czy cały zasób powyżéj wyłuszczonych ostrożności profilaktycznych wraz z rozporządzeniami władz sanitarnych już dziś został wyczerpany i czy one potrzebie praktycznéj zadość czynią, tylko przyszłość może pouczyć, zwłaszcza że nie poznaliśmy zapewne dotąd wszystkich warunków i dróg, którymi się zarazek choleryczny szerzy, a może i niejeden na podstawie faktów laboratoryjnych wysnuty przepis, okaże się w praktyce zbytecznym. Lekarz jednak ze wszystkiemi możliwościami liczyć się musi dopóty, dopóki takowe przez doświadczenie albo stwierdzone albo zaprzeczone nie zostaną. Czy przy naszych dzisiejszych środkach profilaktycznych jest człowiek w stanie ochronić się na pewno przed zakażeniem cholerycznem, jest rzeczą wątpliwą, a to nie tyle z przyczyny ich niedostateczności, jak raczéj z powodu niemożności zastosowania takowych w każdym przypadku. Przy dzisiejszym rozwiniętym ruchu międzynarodowym, wobec obowiązków rodzinnych i zawodowych, jednostka nie może się tak oddzielić od społeczeństwa przez przestrzeganie przepisów profilaktycznych, aby ominęła każdą sposobność do zakażenia. Nasze przepisy profilaktyczne mogą tylko zmniejszyć znacznie szanse zakażenia się zarazkiem cholerycznym i to tem skuteczniéj, im poziom inteligencyi ludności jest wyższy.

II.

Ważniejsze szczegóły z patologii klinicznéj.

Bez wyrobienia sobie poglądu na istotę cholery i na związek objawów chorobowych między sobą, postępowanie lecznicze w téj chorobie byłoby pozbawione wszelkiéj racyjonalnéj podstawy i prowadziłoby na manowce.

Laseczník przecinkowy, dostawszy się przez żołądek do jelita cienkiego, rozmnaża się tu w treści alkalicznéj i usadawia się nadto między przybłonkiem, zwłaszcza około kępek Peyera i w gruczołach mieszkowych. Obecność laseczníka w ścianach jelita cienkiego sprawia miejscowo zmianę anatomiczną tylko taką, jaką napotykamy w ostrym nieżycie tegoż; tylko wyjątkowo przychodzi do owrzodzeń dyfterytycznych. Toksyny zaś choleryczne wytwarzające się w jelicie przechodzą do obiegu krwi i wywołują ogólne zatrucie choleryczne ustroju. Stosownie do odporności pojedynczego osobnika, jakości treści jelitowéj i ilości zarazka przebywającego w jelicie cienkim, objawy choleryczne bywają lżejsze lub cięższe.

a) W najlżejszéj formie (*diarrhoë cholerica*) bardzo często podczas epidemii cholerycznej się zdarzającéj, przychodzi tylko do kilkodniowych objawów, jakie napotykamy w *enteritis subacuta*: Stolce płynne śluzowe, 3—7 razy dziennie, są jeszcze żółto ubarwione i zachowują woń kałową. Forma ta zwana śluzową kończy się pomyślnie (99% wyzdrowień), stolce jednak zawierają laseczniki p. i są dla otoczenia niebezpieczne.

b) Nieco cięższa forma (*cholerina*) przebiega pod objawami *gastroenteritis acuta*, jako biegunka surowicza. Stolce liczne, zupełnie płynne, zaledwie ślad żółtego zabarwienia przedstawiające, znaczne osłabienie, silne pragnienie, ilość moczu zmniejszona, lekkie kurcze w łydkach, ciepłota obniżona, tętno zwolnione. Po 8—14 dniach przychodzi najczęściej (93%) do wyzdrowienia. Dla klinicysty jest to rzeczą w leczeniu cholery bardzo niedogodną, że nie ma oznak, po którychby mógł powiedzieć, czy ten stan się zatrzyma i przejdzie we wyzdrowienie, czyli też w następną ciężką formę.

c) Przy znacznem zatruciu zarazkiem cholerycznym rozwija się właściwy napad choleryczny (*insultus cholericus*). Najczęściéj po uprzedniem obniżeniu ciepłoty skóry i 1—3 dniowem trwaniu lżejszéj formy pod *a*) opisanéj, a niekiedy i nagle, zwykle w nocy rozpoczyna się napad obfitemi kilkunastorazowemi wypróżnieniami, które wkrótce stają się wodniste, podobne do serwatki, przytem pojawiają się często wymioty i czkawka. Stolców serwatkowych nie można uważać jako wypocinę zapalną, ale jako przepocinę gruczołową, gdyż w niéj nie znajduje się ani przybłonek jelitowy, ani ciałka wypocinowe ani znaczniejsze ilości ciał białkowych, przeważają sole sodowe i potasowe, mocznik lub węglan amonowy i prawie czyste kultury laseczníka przecinkowego. Częstość wypróżnień przemawia za silnem wzmożeniu ruchu robaczkowego jelit. Wobec niewielkich stosunkowo zmian anatomicznych w ścianach jelita, a ogromnéj ilości stolców surowiczych w cholerze, należy przypuścić, że pojawienie się takowych musi polegać na tle nerwowem, mianowicie na zadziałaniu toksynów, w sposób porażający, na nerwy kreskowe. Przepacanie surowicze w cholerze ogranicza się tylko do

jelita cienkiego, żołądek i jelito grube nie biorą udziału, lecz natomiast w całym przewodzie pokarmowym istnieje wzmożony ruch robaczkowy, wymioty gwałtowne, często nie dające się powstrzymać, obok tego prawie zupełne upośledzenie wessania, co przy podawaniu leków uwzględnić należy.

Z nagłéj utraty ogromnéj ilości wody przez stolce, tłomaczy się pewna część zaraz pojawiających się i życiu zagrażających przypadów cholery. Krew się zagęszcza, ilość jéj staje się coraz mniejszą, lewa kómórka serca i cały układ tętniczy wypróżniają się. Powstaje uczucie kołatania serca, uderzenie koniuszkowe staje się niewyczuwalne, tony rozkurczowe znikają, podczas gdy skurczowe są połączone ze szmerami, tętno słabnie, staje się nitkowate, a po 24 godzinach takowego wyczuć nie można, co czasem 2—3 dni trwa, nim śmieré nastąpi. Okoliczność ostatnia nakazuje pewną ostrożność przy stwierdzaniu śmierci u cholerycznych.

Krew zagęszczona nagromadza się przeważnie w naczyniach włoskowatych i w początkach żylnych. Pojawia się sinica na wargach, paznogciach, kończynach i w oczodole. Przez płuca mała tylko ilość krwi zagęszczonéj z trudnością się przedostaje, ztąd uczucie ciężkości, duszenia i lęku, a tylko niedostateczna ilość tlenu może się do ustroju dostać; utlenienie w tkankach w wysokim stopniu bywa upośledzone, a krew coraz więcéj przybiera wejrzenie krwi żylnéj.

Osłabienie czynności serca zależy także w znacznéj części od działania toksynów, gdyż i w przypadkach, w których niema zbyt obfitych stolców, pojawia się także znaczne a czasem i nagłe osłabienie serca, a w *cholera nostras*, pomimo również obfitych stolców, osłabienie czynności serca nie dochodzi do tak wysokiego stopnia, jak w cholerze azyjatyckiéj.

Ciepłota na powierzchni ciała (najprzód nosa, policzków) opada, na kończynach może wynosić 35—20°, w jamie ustnéj 30°, w pochwie zaś i odbytnicy dochodzi do 39°, a w miarę tego jak się koniec zbliża, podwyższa się tam do 40° i 42°. Powietrze wydychane podobnie jak i skóra chłodne, a sinica ogólna — okres chłodu (*stadium algidum et asphycticum*). Wydzielanie wszystkich gruczołów: wątroby, ślinianek, gruczołów łzowych, a co dla lekarza jest bardzo ważnem, nerek, ogromnie się zmniejsza lub ustaje zupełnie. Pojawia się *anuria* nawet kilka (4) dni trwająca. Dzieje się to raz z powodu zmniejszenia ilości krwi, a powtóre z przyczyny zmniejszonego parcia krwi w układzie tętniczym. Ustanie czynności nerek prowadzi do nagromadzenia przetworów rozkładowych (mocznika, kw. węglowego itd.) jakoteż toksynów cholerycznych we krwi i tkankach, przez co pojawiają się po przebyciu napadu objawy uremiczne. Nerki zaś same przedstawiają obraz zwyrodnienia miąższowego.

Opadanie ciepłoty na powierzchni ciała, a podwyższenie się jéj w narządach wewnętrznych, przypisać należy we większéj części zatruciu cholerycznemu i upośledzeniu przemiany materyi w ustroju.

W miarę jak krew się zagęszcza, utracają wszystkie tkanki coraz więcéj wody, gdyż naczynia włosowate ją chciwie chłoną; a ponieważ i przemiana materyi w tkankach jest do minimum ograniczona, ztąd pojawiają się pewne objawy: trapi chorego nieugaszone pragnienie, a często i uczucie palenia wewnętrznego, skóra staje się wiotka, utraca swą sprężystość (fałd skóry się nie wyrównywa), mięśnie są twarde, stężone i bolesne, w takowych pojawiają się kurcze bolesne, najczęściéj w kończynach dolnych. Słabnie w swéj czynności narząd głosowy, głos staje się stłumiony (*vox cholerica*), lub znika zupełnie. Czynność układu nerwowego bywa upośledzoną, odruchów przez drażnienie skóry lub błon śluzowych, np. wymiotów wywołać nie można, a chorzy najczęściéj stają się apatyczni, leżą jak bezwładni.

Napad choleryczny w *stadium asphycticum* kończy się najczęściéj śmiercią, bo w 80% lub więcéj przypadkach (Griesinger). Wypróżnienia przy końcu zwykle ustają, oddechanie staje się płytkie, nastaje bezgłos, z tętnic nakłutych krew nie wypływa, tony i szmery w sercu znikają. Wobec szybkiego przebiegu napadu cholerycznego działanie terapeutyczne musi być rychłe i energiczne.

W przypadkach, w których napad kończy się wyzdrowieniem, ciepłota skóry najsamprzód na tułowiu się podnosi, sinica się zmniejsza, pojawiają się dość często lekkie poty, we wypróżnieniach lub wymiocinach ślad żółci, tętno staje się wyraźniejsze, mocz zaczyna się wydzielać, o czem należy pamiętać, gdyż często z powodu niemożności oddania pierwszego moczu trzeba użyć cewnika.

W innych znów przypadkach chory przebywszy *stadium algidum* wpada w choroby następowe, w durzycę choleryczną, która może trwać tygodniami i jeszcze chorego życia pozbawić. Durzyca choleryczna pojawia się albo jako choroba niezlokalizowana wysoko-gorączkowa, przypominająca dur, albo przy ciepłocie prawidłowéj we formie uremii, co się wtedy zdarza, jeżeli mocz przez dłuższy czas został w zupełności powstrzymany, albo wreszcie pod objawami ropnicy lub zmian dyfterytycznych w jelitach (dysenteria).

Bywają rzadkie przypadki nagłego napadu cholerycznego, w którym chory w krótkim czasie przy objawach nagłego osłabienia czynności serca, pojawieniu się sinicy bez wystąpienia stolców cholerycznych (*cholera sicca*) ginie. Przyczyny w tych przypadkach musimy szukać w ciężkiem i nagłem zatruciu toksynami cholerycznemi, przez co nagle porażone jelita w nich zawartych stolców cholerycznych wydalić nie zdolają.

Przebieg cholery u dzieci bywa nieco odmienny, mianowicie szybszy; wymioty, kurcze i sinica nie bywają tak wybitne, jak u dorosłych.

Powtórne zapadnięcie na cholerę podczas téj saméj epidemii należy do rzadkości.

Odsetek śmiertelności z wszystkich przypadków zapadłych na cholerę wynosi przeciętnie 50% lub więcéj tak, że każdy drugi chory umiera, jak to np. z następujących większych dat statystycznych się okazuje:

W Paryżu	w r. 1842	na 39.403	chorych umarło	18.654
„	„ 1849	„ 35.449	„ „	19.184
„	„ 1853-4	„ 17.798	„ „	9.096
W Król. Polsk.	„ 1852	„ 46.000	„ „	21.000

W pierwszym okresie panowania epidemii bywa odsetek śmiertelności większy niż w drugim.

III.

Część terapeutyczna.

A.

Od r. 1831, kiedy u nas epidemija choleryczna pierwszy raz się pojawiła, sposoby leczenia takowéj w każdéj następnéj epidemi się zmieniały, stosownie do każdoczesnego pojmowania istoty choroby. Jednak żaden z tych sposobów nie wydał zadowalających wyników i w téj mierze jak zyskiwal zwolenników, pojawiali się i przeciwnicy. Oprócz środków stosowanych przez klinicystów, opierających się na każdoczesnym kierunku nauki lekarskiéj, pojawiali się pomiędzy lekarzami i nielekarzami liczni wynalazcy specyfików cholerycznych tak, że niema może w całéj farmakopei ani jednego środka, któryby nie był używany lub zachwalany przeciw cholerze. Jednak z tego chaosu metod i środków cholerycznych nie wyłonił się żaden swoisty lek. Koniec zupełnemu bezładowi terapeutycznemu położył rok 1883 przez odkrycie lasecznika przecinkowego. W miarę jak utrwala się zdanie, że ten lasecznik jest chorobotwórczy, a jego biologiczne stosunki sprawiają przypady choleryczne w ustroju, — dla zabiegów terapeutycznych zakreśla się pewien kierunek. Chociaż jeszcze i dotąd wyniki nowszych zabiegów terapeutycznych pozostawiają bardzo wiele do życzenia, to przynajmniéj wiemy, gdzie i w jakim kierunku mamy zabiegi czynić, i które środki prawdopodobnie mogą terapeutyczny skutek odnieść, a które będą bezskuteczne lub wprost szkodliwe. Wiemy obecnie, że cholera, analogicznie jak błonica, lokalizując się pierwotnie do jednego miejsca, zatruwa ztąd bardzo szybko cały ustrój i staje się ogólną chorobą zakaźną. Mając nadto na względzie powyżéj opisane szczegóły kliniczne, to według naszego dzisiejszego zapatrywania się na istotę choroby wskazania lecznicze w cholerze muszą być następujące:

1. Musimy działać na źródło zakażenia znajdujące się w jelicie cienkiem, tj. starać się laseczniki w tem miejscu uczynić nieszkodliwemi, i to o ile możności zawczasu, nim one ogólne zakażenie wywołają. Jeżeli zważymy, że w błonicy, gdzie laseczuik Löfflera rozwija się na powierzchni nam dostępnéj do bezpośredniego zadziałania, trudno nam przychodzi takowy uczynić nieszkodliwym i chorobę przerwać, a przy obszerniejszem zajęciu błony śluzowéj to się wcale nie udaje, to zadośćuczynienie temu wskazaniu w cholerze będzie miało jeszcze z większemi przeszkodami do czynienia. Do jelita cienkiego dostajemy się tylko pośrednio przez żołądek albo jelito grube.

Wobec znacznej ilości nagromadzonego w jelicie cienkiem płynu, jaki bywa w napadzie cholerycznym, musielibyśmy bardzo znaczną ilość środka niszczącego lasecznik p. wprowadzić. Temu jednak w przebiegu napadu cholerycznego stoi na przeszkodzie wygórowana wrażliwość żołądka, który często podczas napadu zwyczajną wodą wymiotowuje. Przez odbyt możnaby wprawdzie wprowadzić do jelita cienkiego potrzebną ilość środka działającego na lasecznik, ale do tego należałoby użyć znacznéj ilości płynu (2—4 litrów), aby przez zastawkę Bauhiniego się przedostać. Prawdopodobnie możnaby przeto chorobę przerwać w samym początku, tj. kiedy lasecznik znajduje się tylko w treści jelitowéj, a nie usadowił się jeszcze w przybłonku jelit; w ostatnim przypadku możność jego zniszczenia jest wątpliwa. Musimy jednak przy wprowadzaniu środków niszczących lasecznik do jelita, mieć na uwadze, że przez zadziałanie środkami drażniącemi na błonę śluzową przewodu pokarmowego zrobilibyśmy prawdopodobnie to smutne doświadczenie, że im silniéj kauteryzujemy naciek błonicowy, tem więcéj się on rozszerza.

2. Następnem wskazaniem byłoby toksyny, które laseczniki p. wytwarzają, uczynić nieszkodliwemi. Takowe znajdują się w początku przeważnie w jelicie, a później przechodzą do ustroju. Ciała trujące ptomainowe, które zalegają w jelicie, możnaby albo przez wprowadzenie środków przeczyszczających wydalić, co jednak samo przez się podczas napadu cholerycznego się dzieje, albo przez zamianę ich na związki nierozpuszczalne ciałami strącającemi istoty białkowe (sole metalów ciężkich, kw. garbnikowe). Trudniejszą byłoby rzeczą uczynić je nieszkodliwemi, jeżeli dostały się już do obiegu ogólnego. Jednak zniszczenie toksynów cholerycznych i tu nie należy do niemożności, i jest kwestyją przyszłości, jeżeli zdołamy otrzymać dla człowieka antytoksyn choleryczny, jak to ze skutkiem praktycznym otrzymali Foà i Emmerich antytoksyn dla zapalenia włóknikowego płuc, a Tizzoni i Cattani dla tężca. — Wprawdzie Ferran, który w roku 1885 tysiącom ludzi w Hiszpanii wstrzykiwał podskórnie kultury choleryczne, nie zdołał według sprawozdań niemieckich autorów, takowych ani od zakażenia ochronić, ani przebiegu choroby wstrzymać; jednak zdaje mi się, że kwestyja ta jest na dobréj drodze, gdyż późniejsze doświadczenia Gamalei na zwierzętach, potwierdzone przez Zäsleina wykazały, że udaje się zwierzęta na zakażenie lasecznikiem przecinkowym uczynić odpornemi, a według Behringa przez wprowadzanie surowicy zwierząt ze sztuczną odpornością, nawet je wyleczyć. Dziś, gdy ta sprawa dla praktyki jest jeszcze niedojrzałą, będziemy się starali toksyny z ustroju wydalić przez podniecenie wydzielenia narządów gruczołowych, a zatem pobudzać do wydzielania potów, moczu itd.; a to moglibyśmy łatwo uskutecznić przez wprowadzenie znacznéj ilości wody do ustroju (przepłukanie ustroju), jak to Sahli dla ostrych chorób zakaźnych wogóle poleca. Wprowadzenie wody u cholerycznych napotyka jednak na pewne trudności. Siła chłonienia przewodu pokarmowego jest bardzo zmniejszoną, a pobudliwość żołądka do wymiotów znaczna. Jednak zawsze można liczyć na to, że pewna ilość wody, zwłaszcza ciepłéj, zostanie przez jelito grube wessana.

3. Nie mogąc obecnie toksynów znajdujących się w obiegu zniszczyć, musimy się starać szkodliwe ich skutki na narządy, o ile są nam dziś znane, osłabiać. Sposobu ograniczenia przepacającéj się cieczy surowiczéj ze ścian jelita cienkiego nie znamy, bo nawet nie wiemy, czy to przepacanie pochodzi wskutek bezpośredniego zadrażniania komórek gruczołowych przez laseczniki p. albo ich przetwory, czyli też przez zatrucie nerwów je zaopatrujących, co ostatnie jest najwięcéj prawdopodobnem. Gdybyśmy nawet posiadali środek na powstrzymanie nadmiarowego surowiczego wydzielania, to jeszcze nie możemy wiedzieć, czy intoksykacyja ogólna nie stałaby się przez to większą. Pozostaje przeto przeciwdziałać przeciw zubożeniu krwi w sole i wodę, aby z braku dopływu krwi do serca, jego czynność nie ustała, aby w zagęszczonéj krwi nie nagromadzały się ciała rozkładowe i kw. węglowy, aby przez dostateczną ilość i prawidłowy obieg krwi dostawał

się tlen do krwi i tkanek. Ilość wody, którąbyśmy w przypadkach obfitych wypróżnień dla osiągnięcia powyższych celów przez odbytnicę wprowadzić mogli, byłaby nie wystarczającą. Musimy przeto wziąć pod uwagę potrzebę wprowadzenia wody wprost do układu naczyniowego. Jednak i mechanicznymi środkami równocześnie użytymi, możemy do pewnego stopnia dopomagać, aby krążenie zagęszczonéj krwi przynajmniéj w obwodowych naczyniach pobudzić i sinicę zmniejszyć, n. p. przez drażnienie, rozcieranie skóry, ugniatanie mięśni itp.

Przeciw ogromnemu obniżeniu ciepłoty powierzchni ciała nie mamy obecnie innego środka, jak doprowadzenie ciepła zewnątrz przez ogrzanie, picie gorących naparów, gorące lawatywy i mechaniczne drażnienie skóry.

Szybkie a niekiedy nagłe osłabienie czynności serca, nawet w przypadkach, gdzie zagęszczenie krwi prawie nie ma miejsca, jak w cholerze suchéj, musimy kłaść przeważnie na karb intoksykacyi cholerycznéj. Podtrzymanie czynności serca w napadzie cholerycznym jest dla terapii bardzo utrudnionem, raz że serce wskutek słabego obiegu krwi zagęszczonéj źle bywa odżywiane, a powtóre, że trudno przychodzi na nie lekami zadziałać, gdyż siła chłonnicza przewodu pokarmowego jest bardzo upośledzona, a ta mała ilość środka, która do obiegu się dostanie, bardzo zwolna po tkankach się rozchodzi.

Jeżeli więc zamierzamy zadziałać w cholerze bądź na serce, bądź na układ nerwowy, musimy użyć maksymalnych dawek dozwolonych licząc się jeszcze z tem, że podana dawka z wymiocinami albo z wypróżnieniami zostanie wydaloną. Podobnież i do wstrzykiwań podskórnych należy większych dawek niż zwykle używać, gdyż wymięszanie takowych w gęstéj krwi, rozejście się po ustroju utrudnia.

B.

Powyżéj przytoczonym zasadom terapeutycznym opartym na nowoczesnem pojmowaniu istoty cholery, odpowiada najwięcej postępowanie które obmyślił Cantani dla leczenia napadu cholerycznego, a które w ostatnich epidemijach (1884—1886) w Neapolu, Tryjeście i Peszcie przebyło swą próbę.

Leczenie napadu cholerycznego według Cantaniego polega na stosowaniu gorących lewatyw z wodnego rozczynu taniny *(enteroclysis)* i na wstrzykiwaniach podskórnych rozczynu wodnego solno-alkalicznego *(hypodermoclysis)*.

Do enteroklizy garbnikowej używa Cantani:

Infusum Florum Chamomillae 2000·0
Acidi tannici 10—20·0
Trac laudani simplicis guttas X—XX.

Wprowadza się całą ilość rozczynu przy ciepłocie 38—40° C. na jedną lewatywę. Im chory takową dłużej (godzinę i więcej) utrzymać potrafi, tem działanie lepsze.

Podawanie lawatyw rozpoczyna się, skoro biegunka się okazuje; a powtarza się podawanie kilka razy, zwłaszcza jeżeli chory takową długo nie zatrzymuje. Cantani twierdzi, że te 2 litry wprowadzone w lewatywie przechodzą przez zastawkę Bauhiniego, a czasem dostają się nawet do żołądka i bywały wymiotowane. Ja sądzę, że to nie u wszystkich osób się udaje, i trzeba dla osiągnięcia tego celu przeciętnie trzy litry i więcej płynu naraz do jelit wprowadzić. Cantani zauważył, że po należytem zastosowaniu enteroklizy garbnikowéj, chorzy stają się swobodniejsi, wydzielenie moczu się utrzymuje i do rozwoju *stadium algidum* nie przychodzi.

Równocześnie używa Cantani wprowadzanie wody podskórnie, hipodermoklizę z zachowaniem wszystkich ostrożności wskazanych przez antyseptykę, używając następującego rozczynu:

Aq. dest. sterilisastae 1000·0
Natrii carbonici 3·0
Natrii chlorati 4·0

Całą ilość tego rozczynu, ogrzanego do 38—40° C. wprowadza się po nakłóciu trójgrańcem w okolice: *lumbo-abdominalis*, *inguinalis*, *intrascupalaris*, albo *glutei*. Jeżeli przy wprowadzaniu, które ma się zwolna odbywać, utworzy się obrzmienie podskórne, to należy takowe, przerwawszy dopływ wody przez zamknięcie kurka, tak długo rozcierać dłonią, aż zniknie.

Przyrząd[1]) Cantaniego do hipodermoklizy, składa się z podwójnego naczynia, z wewnętrznego o objętości 2 litrów, w którem się płyn do wstrzykiwania znajduje i ze zewnętrznego, suknem obleczonego, który jest 2—3 litrami wody gorącéj napełniony, aby ciecz injekcyjna stałą ciepłotę zatrzymała. Od wewnętrznego naczynia zaopatrzonego u dołu rurką i kurkiem, prowadzi rurka kauczukowa na 2 metry długa zakończona kaniulą z kurkiem, poniżej którego kończy się trójgraniec służący do przebijania skóry.

Aby wessanie rychło następowało, dobrze jest dać choremu wprzód nożną kąpiel gorczycową o 40° C. Hipodermokliza podaje się metodycznie co 4 godziny, nieczekając, aż przez obfite stolce i wymioty przyjdzie do zupełnego zagęszczenia krwi. Przed stosowaniem hipodermoklizy, należy podać enteroklyzę. W razie potrzeby można w hipodermoklizie wprowadzić do obiegu ciała podniecające, dodając np. nieco wyskoku do cieczy injekcyjnej. Ciepłotę cieczy injekcyjnéj należy kontrolować, kładąc rękę na obrzęk injekcyjny. W razie powtarzania hipodermoklizy należy coraz w inne miejsc nakłówać. Jeżeli lekarz nie może stale zająć się jednym chorym, a ma bardzo dobrze wyćwiczonego i pewnego posługacza np. w szpitalu, to może pozostawić wprowadzoną kaniulę pod skórą, i polecić posługaczowi, aby w danym czasie lub w danym wypadku połączył kaniulę z przyrządem i wskazaną ilość płynu wprowadził. O powyższych zabiegach wyraża się sam Cantani w następujący sposób:

„Gorąca enterokliza garbnikowa odpowiada przedewszystkiem wskazaniu, aby rozmnożenie laseczników p. powstrzymać, bądź wprost przez zabicie lub osłabienie ich, bądź przez słabe zakwaszenie treści jelitowéj wytwarzający się jod ptomainowy zamienić na nierozpuszczalne garbnikany, któreby do krwi nie zostały wessane, a następnie wskutek własności czmiących garbnika działać korzystnie na błonę śluzową jelita.

Gorąca hipodermokliza solna ma zadość czynić wskazaniu, aby ubytkowi wody, a przeto zagęszczeniu krwi, wyschnięciu tkanek i brakowi w nich tlenu przeciwdziałać, aby przez to nietylko pracę serca ułatwić i obieg krwi przywrócić, ale tak krew jak i tkanki od

---

[1]) Takowy można nabyć u firmy: L. et H. Löwenstein in Berlin, Sophienstrasse 8, za cenę 18 marek.

produktów rozkładowych uwolnić, a zwłaszcza wydzielenie we krwi nagromadzonego ptomainowego jadu cholerycznego, grożącego porażeniem, ułatwić.

„Trzeba było się przypatrzeć chorym, którzy pozornie bez życia i tętna, zesiniali, bez głosu, zimni i zaschli leżeli, a po gorącéj podskórnéj infuzyi, w kilku minutach odżyli, tętno i głos powróciły, chorzy mogli usiąść i t. d. a następnie często trwale po krótkiéj i lekkiéj reakcyi przychodzili do zdrowia, albo późniéj ciężkiemu durzycowemu odczynowi ulegli“.

Obydwie infuzyje przynoszą jeszcze przez to korzyść, że wskutek wysokiéj ciepłoty cieczy chłodne ciało się rozgrzewa, a wskutek ciepła serce i układ nerwowy zwłaszcza unerwienie żołądka i jelit zostaje ożywionem. Enterokliza przyczynia się zresztą wskutek częściowego wessania wprowadzonej wody do zmniejszenia zagęszczenia krwi i do utrzymania wydzielania.

Stąd wynika, że gorąca enterrkliza garbnikowa ma najważniejsze wskazanie w okresie zwiastunów i w początkowéj biegunce cholerycznéj, w któréj rozmnażanie lasecznika p. w jelitach a przeto najcięższe objawy i następstwa choroby powstrzymane być mogą. Ona tworzy jeszcze w czasie panowania epidemii osobisty środek ochronny ze wszystkich najniewinniejszy i jeszcze najpewniejszy. Natomiast gorąca hipodermokliza, która ma działać przeciw zagęszczeniu krwi, brakowi tlenu w tkankach i przeciw chemicznéj intoksykacyi krwi, jest wskazaną w rozwiniętym napadzie cholerycznym.

Jeżeli sposób działania obydwu środków uwzględnimy, to się okazuje, że we wypadku cholery rozwiniętéj, będzie korzystnem gorącą enteroklizę połączyć z gorącą hypodermoklizą. Lecz rozumie się samo przez się, że im późniéj takowe stosować się zacznie, tem mniéj należy liczyć na korzystny wynik. Wprawdzie przy użyciu gorącéj enteroklizy w porę, nie przychodzi do znaczniejszego zagęszczenia krwi, a nawet do powstrzymania moczu (*anurii*) tak, że użycie hipodermoklizy staje się zbytecznem. Lecz mimo to wpływ hipodermoklizy przy zagęszczeniu krwi na podniecenie czynności serca bywa tak szybki i wybitny, że w cięższych przypadkach bez niéj obejść się nie można, a nawet jeżeli zagęszczenie krwi nie doszło do znaczniejszego stopnia, to takowa jest jeszcze najlepszym środkiem, aby toksyny choleryczne i wytwory rozkładowe z obiegu wyprowadzić“.

Na dowód skuteczności swego postępowania podaje Cantani statystyczne daty z neapolitańskiéj epidemii. Na 83 chorych pierwszego okresu, u których stosowano enteroklizy, wszyscy wyzdrowieli, podczas gdy z 79 innych chorych tego samego okresu, ale w inny sposób leczonych 45 wyzdrowiało, a 34 umarło. Asystent Cantaniego, Vitone leczył na przedmieściu sobie poruczonem 130 przypadków u których zaraz po okazaniu się biegunki stosował enteroklizy, przyczem wszyscy wyzdrowieli, a to w ten sposób, że w 76 przypadkach nie przyszło do stolców serwatkowych, podczas gdy u 44 takowe się rozwinęły. Tyle co sam Cantani.

Sposób leczenia Cantaniego był stosowany przez innych lekarzy. Prof. Angyán podaje ze szpitala cholerycznego w Buda-Peszcie z r. 1886 następującą statystykę ze stosowania enteroklizy chorych z okresu:

biegunki cholerycznéj	76,	wyzdr. 76	
choleryny	85,	„ 85	
stadium algidum . .	90,	„ 58 (64%),	zm. 32 (36%)
stadium asphycticum	211,	„ 44 (20·8%)	zm. 167 (79·2%)

Lustig ze szpitala cholerycznego w Tryeście z r. 1886 podaje, że na 142 przypadków leczonych zapomocą enteroklizy wyzdrowiało 83 (63%) zmarło 40 (37%). Z tych jed dnak ostatnich było 15 już w agonii, kiedy im bezskutecznie zastosowano enteroklizę wraz z hipodermoklizą. Z 193 przypadków, które Lustig innemi sposobami leczył, wyzdrowiało tylko 47 (25%) lekko chorych a zmarło 146 (75%).

Co do skuteczności hipodermoklizy, to podaje Cantani, że na 187 ciężkich przypadków leczonych przez podskórne wstrzykiwania wody wyzdrowiało 114 (61%), zmarło 73 (39%). Lepsze wyniki miał Mariani: na 49 przypadków, w których stosował hipo dermoklizę miał tylko 9 (20%) przypadków śmierci. — Angyán zaś miał na 274 ciężkich przypadków w *stadium asphycticum*, w których stosował hipodermoklizę 106 (39%) wyleczonych a 168 (61%) zmarłych; gorszy przeto wynik niż Cantani, lecz zawsze jeszcze korzystniejszy, niż gdyby się innemi sposobami było leczyło, gdyż według Griesingera umiera w *stadium asphycticum* przeszło 80% chorych.

Z dotychczasowych doświadczeń nad sposobem leczenia według Cantaniego wynika, że zależy przeważnie na tem, aby tak entero- jak i hipodermoklizy wcześnie stosować a enteroklizy jak najdłużéj zatrzymywać, a jeżeli takowe odchodzą, często powtarzać; również starać się należy, aby przez stosowne położenie chorego jak największą ilość płynu wprowadzić, by tenże do jelita cienkiego się dostał.

Lewatywy z kw. karbolowego, borowego, fenolo- siarkanu cynkowego według prób Cantaniego okazały się drażniące i niestosowne, lewatywy ze sublimatu bezskuteczne, jak o tem i Lustig w Tryjeście się przekonał. Mała ilość sublimatu, któréj można użyć, wobec soli, ciał białkowych i kw. siarkowodowego w treści jelitowej staje się zupełnie niedziałającą.

Wprowadzenie wody słonej wprost do żył, które jeszcze w r. 1849 uskuteczniali w cholerze Lotta i Barwiński, okazały się mniéj skuteczne, niż podskórne, polecane dla ostrej małokrwistości jeszcze w r. 1878 przez Michaela. Nadto wymagają wszykiwania do naczyń więcéj zachodu i ostrożności.

* *
*

W obec powyższego sposobu leczenia sądzę, że nie należy zaniedbywać równoczesnego stosowania jeszcze innych środków w dawnych epidemiach wypróbowanych, a do tych samych celów zdążających, zwłaszcza u chorych w praktyce prywatnéj.

1. Do takich środków pomocniczych należy dobre okrycie chorego pierzynami, rozgrzewania przez okładanie go gorącemi suchemi okładami, jak woreczkami z gorącym popiołem, piaskiem, otrębami, zbożem i t. p. kamionkami lub flaszkami napełnionemi wodą gorącą. Następnie naparzanie chorego wykonywane bez wielkiego zachodu w ten sposób, że wstawia się do łóżka pod nakrycie obok chorego naczynie metalowe do połowy świeżo wypalonem wapnem napełnione, nalewa na nie wrzącej wody albo też kładzie obok chorego cegły zawinięte w mokre płótno.

2. Pomocniczo działać będzie picie gorących naparów sporządzonych z tradycyjnéj mięty pieprzowéj, z melissy lub rumianku i t. p. Do tych naparów należy dodać kilka kropel kw. solnego na szklankę. Dla odmiany należy mieć na pogotowiu kilka różnych naparów, a między niemi i silny napar zwyczajnéj herbaty z winem czerwonem. Napary powyższe podaje się co kwadrans, ale w małéj ilości ($^1/_4$—$^1/_2$ szklanki), aby zbytnio żołądka nie podrażniać. Jeżeli chory wzbrania się przed napojami ciepłemi, to należy mu podać wodę zwyczajną zakwaszoną kw. solnym, wodę sodową kwaśną, wino szampańskie, a jeżeli i tych napojów nie chce pić, to i czystą wodę zwyczajną w ilości dowolnéj (Meinert). Powyższe napoje wzmacniają działanie enteroklizy. Pewna część wody i cieplika dostaje się do ustroju. Z naparami dostają się ciała do żołądka, a może i do jelit, które działają niekorzystnie na rozwój laseczników p., jak kw. solny, olejki aromatyczne, których część przechodząc do obiegu, działa podniecająco na krążenie i układ nerwowy.

3. Nie do odrzucenia jest tradycyjne stosowanie rozcierań chorego. Należy je połączyć ugniataniami zapomocą palców (miesieniem), aby także i na głębsze pokłady działać. Rozcierania mają przeciwdziałać ustawaniu krążenia w skórze i mięśniach, a pośrednio obniżaniu się ciepłoty. Do nacierań używano cieczy drażniących, wyskoku, octu. Znana jest mięszanina spirytusów do nacierania: *Tra Capsici annui, spiritus camphoratus* i $^1/_2$ *spir. sinapis* (Turnbull, Fouquier). W tym spirytusie macza się płaty flaneli lub sukna i niemi się pociera skórę. Szczotki do rozcierań nie są stosowne, gdyż łatwo ścierają naskórek, a miesienie przy użyciu takowych jest wykluczone. Rozcierania wykonywa się zawsze bez odkrywania chorego pod nakryciem i to dłuższy czas, aż skóra się rozgrzeje i stanie się wilgotną Rozcieranie powinno być przez 2 osoby wykonywane w ten sposób, że takowe stojąc po obydwu bokach łóżka, symetryczne części ciała równocześnie rozcierają.

Powyższe środki i zabiegi można nazwać domowemi, a mają one tę korzyść w praktyce prywatnéj, że mogą być i pod nieobecność lekarza stosowane, a działają we wysokim stopniu psychicznie nie tyle na chorego, jak na rodzinne otoczenie, które na widok rozmaitych zabiegów zapomina o pierwotnéj trwodze i nabiera otuchy spodziewając się pomyślnego zakończenia, a w razie niepomyślnego zejścia lekarzowi nie uczyni zarzutu, jakoby jakiego zabiegu według mniemania rodziny skutecznego zaniechać zaniedbał. Właśnie z psychicznych przeważnie względów, zabiegi domowe aczkolwiek niewystarczające w popularnem wydaniu poleciłem i szczegółowo opisałem.

4. Oprócz stosowania wyżéj wyliczonych zabiegów należy jeszcze w przebiegu napadu cholerycznego niektóre uciążliwe objawy chorobowe usuwać lub łagodzić.

a) Kurcze w kończynach starano się dawniéj łagodzić przez rozcierania spirytusowe, chloroformowe i t. d. Obecnie używamy w tym celu z dobrym skutkiem wstrzykiwań morfinowych (1—2 cgm) w miejsce bolesne.

W celu uśmierzenia kurczu jelit (brzucha) używano rozcierań powłok brzusznych dłonią zwilżoną oliwą.

b) Wymiotów w początkach napadu wcale powstrzymać nie trzeba, jak długo chory wyrzuca treść lub płyny z żołądka, owszem należy mu podać kilka razy do popicia naparów, dla ułatwienia wymiotowania. Jeżeli zaś chory doznaje rwania do wymiotów, nudności, czkawki i już przypuścić można, że cała ilość zawartości żołądkowéj została wyrzuconą, należy ten stan przerwać, gdyż ciągłe rwanie do wymiotowania nie tylko osłabia chorego, ale jest niepożądane z powodu, że z dwunastnicy dostaje się treść z laseczuikami i toksynami do żołądka i tu łatwiej wessaniu uledz może, niż w jelicie chorobowo zajętém. Do powstrzymania wymiotów bywają stosowane: zimna woda sodowa kwaśna, wino szampańskie, kawa czarna, połykanie kawałków lodu wielkości fasoli na łyżeczce z winem czerwoném, gorczyczniki na dołek podsercowy lub nogi. Z leków w tym celu próbowano: *Aether sulf.* po 40 kropli; *Morphii mur.* 0·1 + *Aq. laurocerasi* 5·0 S. 20 — 30 kropli na raz; *Mō* podskórnie; Potio Riverii. Mniej zasługują na zaufanie: Kreosot po 10 kropel we winie, *tra nucis vomicae* 10 — 20 kropel; *liquor ammonii anisati* 25 kropel. Dziś należałoby próbować *mentolu* po 0·2 w rozczynie wyskokowym; *cocainum muriat.* po 0·05 na dawkę i t. d.

c) Wstrzymywanie stolców nie jest wskazane. Wielu lekarzy (Romberg, Goldbaum) utrzymują nawet, że im obfitsze stolce tem lepsze ma być rokowanie. Jednak i nadmierne wypróżnienia serwatkowe wpływają niekorzystnie na stan chorego. Przeciw takowym działają enterokliza i ciepłe okłady na brzuch. Głównym jednak środkiem przez wielu lekarzy we wszystkich epidemiach używana była *tra laudani* we wielkich dawkach (40 — 60 kropel) na raz, o czém w osobnym ustępie jeszcze mowa będzie. Podczas epidemii 1873 zauważałem w kilkunastu przypadkach, u których podawano w celu wstrzymania stolca makowiec, i niedozwalano picia wody, zejście śmiertelne, natomiast ci chorzy, którzy „proszków“ nie chcieli używać, a ugaszali pragnienie sokiem z kapusty kiszonéj albo zawlekli się ukradkiem w nocy do rzeki i tam przez noc leżąc wodą popijali wyzdrowieli. Jeszcze w r. 1832 byli lekarze (Miller i Gilkrest), którzy chorym ogromne ilości wody do wypicia polecali.

d) W zapadzie, osłabieniu czynności serca najlepiej działają hipodermoklizy same lub z dodatkiem ciał podniecających. Z wewnętrznych środków w tym celu były w użyciu: czarna kawa, puncz, grog, wino szampańskie, *spiritus Hoffmanni, cinnamomi, camphoratus, Valerianae aethereus*; *Moschus 0·2 — 0·5, tra Castorei 0·25 — 0·5, Ol. cornu cervi 0·3* itd. Podskórnie wstrzykiwano: eter *(2·0)*, *Ol. camphoratum (1·0—3·0)*, *coffeinum sulfuric. 0·1*; *atropinum sulfuric.* $^1/_2$ — *1 mgm.* Jednak na środki podniecające tak przez usta, jakoteż podskórnie podane wiele liczyć nie można. Tak wessanie jak i obieg krwi w naczyniach w wysokim stopniu bywa upośledzony; nawet wielkiemi dawkami tu wiele nie dokażemy. Niektórzy lekarze zachwalają w zapadzie u cholerycznych użyć energicznych zabiegów hidryatycznych, o czem jeszcze niżej mowa będzie.

* * *

W przebiegu napadu cholerycznego najwięcéj w oczy wpadającym objawem jest ostry wysięk surowiczy ze ścian jelita cienkiego. Cała ciecz w ustroju ma tak wielką dążność do wydzielania się w tym kierunku, że czynność innych narządów gruczołowych (gruczołów potnych, wątroby, nerek, ślinianek itd.) z powodu braku płynu zostaje zupełnie zawieszoną. Analogiczne, ale mniej gwałtownie przebiegające zjawiska, mamy i przy innych zmianach patologicznych, Je-

żeli znaczna wypocina opłucnowa lub otrzewnowa się tworzy, znika wydzielanie soli w moczu i znikają soki trawieńcowe; jeżeli mamy sokotok żołądkowy wysokiego stopnia, dzieje się to samo i ilość moczu się zmniejsza, a chlorki w takowym znikają, gdyż zdążają do narządu patologicznie podnieconego. Gdybyśmy byli w stanie u chorego cholerycznego gruczoły w ustroju tak silnie podrażnić do czynności, aby takowa wzięła górę nad nadmiarowem wydzielaniem w jelicie cienkim, to mogłoby się udać, że prąd cieczy dążący do tego jednego wyłącznego miejsca, mógłby być odprowadzonym i rozdzielić się na inne gruczoły, przez co krążenie w całem ustroju by się wyrównało, a przy pewnem napięciu zadrażnienia narządów gruczołowych więziły by one krew i resztę płynów w ustroju, nie dozwalając im udać się w kierunku jelita cienkiego. Pewnego rodzaju podobną wskazówkę posiadamy w obserwacyach wielu lekarzy cholerycznych, że jeżeli nam się uda przez podrażnienie skóry (nacierania, zimno), takową do potów pobudzić t. j. prąd krwi do skóry skierować, wtenczas stan chorego poczyna się polepszać. Środkiem takim, który by temu wyrozumowanemu wskazaniu zadość czynił mogłaby w praktyce być pilocarpina: ta bowiem ma własność, że podnieca w stanie fizyologicznym stosowana w wysokim stopniu gruczoły potne, ślinianki, gruczoły łzowe, a prawdopodobnie i nerki do wydzielania. Tym sposobem możnaby, wnioskując teoretycznie spodziewać się, że pilokarpina będzie dość silnym bodźcem do odwrócenia prądu cieczy od jelita cienkiego, a równocześnie może się przyczynić do wydalenia toksynów z ustroju przez inne gruczoły. Jeżeli więc postaralibyśmy się, aby w jelicie np. przez enteroklizę powstrzymać rozwój laseczników, to możeby się udało przez wstrzyknięcie pilokarpiny w takiej ilości (0·02 — 0·04), aby tylko do lekkiego pocenia i ślinienia przyszło, wysięk surowiczy w jelicie i zwiększanie się zagęszczenia krwi powstrzymać. Sprowadzenie bardzo obfitych potów uważałbym za zbyteczne, chodzi tylko o to aby prąd krwi w inny kierunek zwrócić. Przy tem należałoby zwrócić uwagę na to, aby chorzy wiele pili.

Próbę z *pilocarpinum muriaticum* wstrzykując je podskórnie równocześnie po lewéj i prawéj stronie tułowia uważałbym w napadzie cholerycznym teoretycznie za usprawiedliwioną. O ile jednak osłabiona czynność serca na to pozwoli, może tylko doświadczenie pouczyć.

C.

Inne metody i środki lecznicze.

1. Od najdawniejszych czasów za główne wskazanie w napadzie cholerycznym uważano powstrzymanie biegunki i w tym celu używano jeszcze przed pierwszem pojawieniem się cholery w Europie, w jej własnéj siedzibie. Indyach wschodnich, przetworów makowca. U nas stosowano przeważnie *tra laudani simplex* i to w dawkach wysokich 40—60 lub więcéj kropel naraz. Rossbach np. przytacza przykład w którym 10-letni chłopak w napadzie cholerycznym użył przypadkowo 5·0 *tra. opii* i wyzdrowiał. Makowiec podawano w każdéj biegunce w czasie epidemii cholerycznéj pojawiającéj się, a stale w początkach napadu cholerycznego. W *stadium algidum* przeważna część lekarzy obawiała się go podawać, aby osłabienia serca i depresyi układu nerwowego nie powiększać; tętno niknące uważano za przeciwskazanie do podania makowca. Wprowadzano go także we wysokich dawkach do odbytnicy w kleiku krochmalowym. Środek ten mając to swoich zwolenników, to przeciwników — pierwszych więcéj niż drugich — utrzymał się w użyciu przez wszystkie epidemie aż dotąd. Na pewnych jednak statystycznych danych, któreby za lub przeciw użyciu tego środka przemawiały, oprzeć się nie możemy.

Dornblüth z epidemii w Rostoku z r. 1859 opowiada, że po używaniu makowca widziano tak niekorzystne skutki, że sprzedawania tegoż urzędownie zabroniono. Chałubiński niepochwalał też podawania tego środka. Finkler zaś twierdzi że makowiec użyty w początkach napadu cholerycznego „przerywa rozpoczynający się napad choleryczny“. Wall zachwala makowiec w czasie epidemij cholerycznych do stosowania w biegunkach (w choleraphobii) u osób nerwowych, które równocześnie uspokaja. Teorya zaś o tyle za makowcem nie przemawia, że doświadczenia na zwierzętach wykonywane wykazały, że zakażenie takowych przez laseczniki p. dopiero po zastosowaniu makowca następuje. Może być, że makowiec u człowieka nietylko powstrzymuje ruchy robaczkowe, ale i zmniejsza patologiczne przesączanie się, jeżeli takowe ma za podstawę tło nerwowe. Finkler zaś wyraża w téj kwestyi przypuszczenie, że przez zatrzymanie przesięku w jelitach, laseczniki w swéj własnéj odżywce giną, gdyż przy rozkładzie kału rozwijają się saprofity, niedozwalające lasecznikowi p. się rozwijać. Sprawa więc terapii makowcowéj potrzebuje dalszych obserwacyj klinicznych i wszechstronnego wyjaśnienia przez doświadczenia patologiczne. Jeżeli jednak w praktyce mamy do rozporządzenia entero- i hipodermoklizę, to raczéj do nich, niż do makowca uciekać się będziemy.

2. Niektórzy lekarze starali się znów od samego początku pojawienia się epidemii cholerycznéj działać w sposób poronny podając środki przeczyszczające. Do takowych używano: *ol. Ricini*, *magnesia*, *sal. Glauberi*, *tra Rhei*, kalomel (0·6—1·2). Lecz ogólne mniemanie wyrobiło się, że wyniki tego leczenia są gorsze, niż ze zastosowania przetworów makowca. Kalomel z makowcem albo wprzód kalomel a potem makowiec, używano w ostatnich epidemiach w przypuszczeniu, że przez użycie tego środka będzie można podobnie jak w durze brzusznym przerwać napad choleryczny, tem więcéj, że istnieje mniemanie, jakoby kalomel przechodził w ustroju na sublimat, i działał jako środek przeciwgnilny, co jednak przez doświadczenie dotąd nie jest stwierdzonem. Chałubiński uważając wyprowadzenie żółci za pierwsze wskazanie lecznicze w cholerze wyraża się o kalomelu: „Gdzie nie można dać *vomitorium*, niezmiernie jeszcze cennym środkiem w cholerze jest kalomel... Przy napadzie przewlekającym się, a szczególniéj złagodzonym już przez użycie *vomitorium* lub kalomelu może jeszcze być wielce użytecznym *Rheum*“. Rühle utrzymuje, że podczas epidemii w r. 1848—1849 we Wrocławiu przy biegunce cholerycznéj jeszcze z używania kalomelu najlepsze wyniki widział. Także i instrukcya komisyi rządowéj warszawskiéj z r. 1847 przepisuje, że leczenie napadu cholerycznego, jeżeli istnieje zaparcie stolca należy zaczynać od środków przeczyszczających (*magnesia c. rheo*); to samo polecenie powtarza i instrukcya z r. 1865. Z teoretycznego zapatrywania wychodząc, musimy powiedzieć, że środki przeczyszczające stosowane tak w celu profilaktycznym, jak i w napadzie samym zwiększają wysięk surowiczy, podrażniają przybłonek jelita i czynią go mniéj odpornym na wtargnięcie lasecznika p. który dostawszy się w ściany jelita, zapewne środkami przeczyszczającemi wyda-

lić się nieda. Poronnym środkiem w cholerze byłby taki środek przeczyszczający, któryby tylko wyłącznie działał na przyspieszenie ruchu robaczkowego.

3. Przeważna część lekarzy upatrywala w żołądku *materia peccans*, wywołującą chorobę, a to z powodu że napad choleryczny najczęściéj poprzedzają przypadłości dyspeptyczne (niesmak, odbijanie, gniecenie, nudność, mdłości, kruczenie itd.). Starano się też tę szkodliwość jak najspieszniej środkami wymiotnemi wydalić (Boeckh, Laloy, Escalier i inni). Do wywołania wymiotów używano *Pulv. Rad. Ipecacuanhae* po 0·5 co kwadrans, aż do skutku, a rzadziej mięszaninę; *Pulv. Rad. Ipec. 0·5 + Tartari stibiati 0·05*. Dla łatwości i dokładności wypróżnienia żołądka polecono pijać sporą ilość ciepłych napojów, najczęściej ciepły rozczyn soli kuchennéj. Od środka wymiotnego należy rozpoczynać leczenie napadu cholerycznego według instrukcyj Rad lekarskich warszawskich z r. 1847 i 1865.

Bardzo wielkim zwolennikiem poronnego leczenia przez wywołanie wymiotów był T. Chałubiński. Nie opierał on się na żadnem teoretycznem rozumowaniu, ale na własnéj obserwacyi, którą sam tak streszcza: „Faktem czysto empirycznym, nieulegającym żadnéj wątpliwości, ani wyjątkiem jest, że począwszy od okresu wstępnego aż do acme okresu depresyjnego, ilekroć uda się wywołać wymioty żółciowe, rokowanie staje się bezwarunkowo lepszém . . . Nigdy nie było ani jednego przypadku, aby kto po nastąpieniu obfitych wymiotów żółciowych zapadł na cholerę“. Dlatego u Chałubińskiego pierwszym zabiegiem w cholerze było podać *Pulv. Ipecacuanhae* z emetykiem, i to jak najwcześniéj, gdyż jak pisze: „W napadzie rozwiniętym wszelkie pokuszenie o wywołanie wymiotów żółciowych nadaremnie“. Niema najmniejszego powodu powątpiewać o prawdziwości faktów dostrzeganych przez tak trzeźwego i bystrego obserwatora, jakim był Chałubiński. Lecz mylne było tłumaczenie faktów obserwowanych. Żółć w przebiegu cholery się nie wydziela, a wątroba we zwłokach cholerycznych przedstawia się malokrwistą, wiotką i suchą. W przebiegu więc choroby, żółci wydobyć nie można chyba przypadkowo z zapasu zawartego we woreczku żółciowym. I to co Chałubiński mówi, że nie było przypadku, aby ktoś po pojawieniu się wymiotów żółciowych, na cholerę zapadł jest zgodne z prawdą, bo te osoby wymiotujące żółcią wcale na cholerę nie były chore, ale na niestrawność żołądka lub jelit, i u nich chociażby się było niczego nie stosowało, napad choleryczny nie byłby się rozwinął. Przytem nasuwa się uwaga, czy wymiociny żółciowe nie mogłyby służyć za kryterium, czy objawy dyspeptyczne, biegunka i t. d. pojawiające się w czasie epidemii polegają na zakażeniu cholerycznèm, czyli też nie. Zauważyć jeszcze tu wypada, że wyprowadzenie żółci na laseczniki p. wcale nie wpływa, gdyż takowych nie zabija, a w jaki sposób wpływa wątroba na toksyny choleryczne, które prawdopodobnie drogą żyły wrotnéj do obiegu się dostają dotąd nie wiemy.

Przeciw wywoływaniu wymiotów na początku napadu cholerycznego, nic podnieść nie można, owszem przez wyrzucenie treści żołądkowéj, może lasecznikami p. zakażonéj, ominie się drażnienie chorych jelit, gdyby treść żołądkowa przez nie przechodzić musiała. Lecz do sprowadzenia wymiotów nie potrzeba się uciekać do proszków wymiotowych, po których zbytne podrażnienie żołądka nie potrzebnie długo trwa i chorego osłabia. Wystarczy łechtanie połyku chorągiewką pióra gęsiego suchą albo zwilżoną w oleju rącznikowym, tranie rybim i t. p.; a jeszcze skuteczniéj dzieje się to przez wprowadzanie sondy żołądkowéj w celu podrażnienia połyku lub ścian żołądka, podobnie jak to czynili kiedyś rzymscy lekarze wprowadzając dla wzbudzenia wymiotów długi rzemień do żołądka lub drażniąc połyk za pomocą przyprawionego długiego palca (*vomitorium digitate*). Przepłukanie żołądka byłoby tu najwłaściwszem. Rozumie się, że gdy w czasie napadu cholerycznego odruchowość ustanie, środki mechaniczne nie pobudzają do wymiotów, ale wtedy są one już zbyteczne.

4. Przy pojawieniu się cholery w Europie 1831 roku uważano ją za chorobę (zepsucie) krwi, to też leczono ją powszechnie przez upuszczanie krwi. Mianowicie Broussais, Blumenthal, Bouillaud i wielu innych koryfeuszów ówczesnych było zwolennikami téj metody leczenia. Jedni upuszczali krew przez wenesekcyę, inni przez przystawianie pijawek, inni znów zapomocą licznych baniek siekanych. I w tych czasach pisano o skuteczności tego postępowania. Rada ogólna lekarska Królestwa Polskiego z r. 1831 pisze w swéj instrukcyi dla lekarzy cholerycznych: „Upuścić krwi z ręki lub nogi stosownie do konstytucyi ciała od pół funta do półtora; że zaś krew niekiedy nie wypływa, część przeto ciała, z któréj ma być wydobyta, trzeba mocno nacierać, lub zanurzyć w wodzie ciepłéj lub w odwarze gorącym gorczycy. Środek ten, lubo skuteczność onego trudno z teoryi daje się wytłómaczyć, okazał się jednak tak ogólnie zbawiennym, iż nigdy nie powinien być zaniedbanym. Jeżeli wcześnie jest przedsięwzięty, częstokroć uważano, że choroba nagle ustaje bez zostawienia nawet śladu osłabienia. Jeżeli ma bydź istotnie skutecznym, powinien bydź przedsięwzięty w pierwszych godzinach choroby, a nie wtedy dopiero kiedy ciało już zaczyna stygnąć“. W następnych epidemijach już mniéj używano upustów krwi, jednak jeszcze i instrukcyje z r. 1865 polecają, aby silnym chorym upuścić pełny talerz krwi, a wzdłuż kręgosłupa postawić 15—20 baniek siekanych. Dziś zgodziłby się może niejeden lekarz łatwiéj na wprowadzenie krwi, zwłaszcza ze zwierzęcia odpornego na cholerę, niż na upuszczenie krwi choremu cholerycznemu.

Było jeszcze wielu lekarzy, którzy objawy choleryczne wyprowadzali ze zajęcia rdzenia pacierzowego, dlatego używali *derivantia*, stawiając *vesicantia* (Levington) lub robiąc przyżegania wzdłuż kręgosłupa (Raphaël, Wall).

5. Istnieje jeszcze cały legion środków farmaceutycznych podawanych w cholerze przez pojedynczych lekarzy, a najczęściéj ogłaszanych jako specyfiki przeciw cholerze. *Ammonium aceticum* (Magendie); *chininum sulfur.* (Andral); *Liquor ammonii anisati* (Strohmayer); salmiak (Chawłowski); *aqua chlori* (Jaenichen); *decoctum arnicae* (Breitenbücher); *magisterium bismuthi* (Biett); *stachis anatolica* i *tencrium polium* (Fauvel); *strychninum* (Jennke); *folia hyoscyami* (Anderson); *belladona* (Viardin); *folia nicotianae* (Pitschaft); *tra et spir. angelicae* jako *prophylacticum* i do wcierań w okolicę pęcherza; *ratanhia* (Rayer); *natrium bicarbonicum, natrium chloratum* i *kali chloricum* (Davier); sól morska (Milroy); *ac. nitricum* (Sponer); *argentum nitricum* (Lévy); *ol. cajeputi* (Bremer); *chloroformium* (Brady) i wziewania chloroformowe (Hill); *oleum petrae album* 10—15 kropli, zawarty był także w sławnym

w swoim czasie eliksyrze Woronezkim Andrzejewskiego z r. 1846; *cuprum sulfuric.* (Lisle); ocet z oliwą (Bienacki i Czernicki); odwar czosnku (Michel); haszysz (Villemin); *nux vomica* (Récamier); *natrium carbonicum* (Maxwell); piwo (Gubler); *ammonia liquida* (Carrière); *veratrinum* (Gloner); *carbo ligni* (Biett); *acid. aceticum* (Desrivieres); *acidum carbonicum* (Heldler); *bismuthum salicylicum* (Vulpian); metaloterapia (Burq); elektryczność przeciw kurczom (Herteloup, Duchenne) i t. d.

Rossbach poleca próbować *naphtalinum puriss. resublimatum* 0·1—0·5. na dawkę, 5—10 razy dziennie.

Sublimat który jeszcze w ogromnych rozcieńczeniach zabija laseczniki p. okazał się według prób Cantaniego, jakoteż Lustiga w lawatywach bezskuteczny. Natomiast Yvert podaje, że używał go w Tonkinie wewnętrznie w ilości 0·02—0·04 dziennie u 45 chorych i twierdzi, że miał tylko 9 (20%) przypadków śmierci.

Salol, który w kulturach osłabia laseczniki p. i teoryja bardzo przemawia za jego skutecznością był gorąco polecany przez Hueppego. Stosowany w kilkunastu tylko przypadkach w Indyjach Wschodnich, nie zdołał śmiertelności obniżyć, prawdopodobnie dlatego, że wobec szybkości przebiegu choroby, zostaje on wskutek biegunki i wymiotów wcześniéj wydalony, nim się zdoła rozłożyć na kw. salicylowy i kw. karbolowy i działanie niszczące laseczniki przecinkowe rozwinąć, dlatego byłoby wskazaném podawać go równocześnie z makowcem.

Zaiste *quot capita, tot sensus!*

6. Hydroterapia. Od samego początku pojawienia się cholery starali się hydroterapeuci przez zabiegi wodolecznicze przeciw niej działać. Lecz doświadczeń we większéj ilości w tym kierunku nie zebrano. W r. 1847 próbowano hydroterapii w cholerze w Warszawie, jednak nie znalazła tam uznania. W nowszych czasach poleca ją znów Winternitz, a Urbaschek napisał w r. 1887 osobną rozprawę, jak należy stosować zabiegi wodolecznicze w napadzie cholerycznym. Hydrotorapia ma w leczeniu cholery pewne wytyczne wskazania, do których na podstawie fizyjopatologicznych zasad zmierzać usiłuje. Mianowicie zdąża ona do tego, aby za pomocą silnych bodźców termicznych (wody o nizkiéj ciepłocie) i mechanicznych (nacierania) tak silnie skórę chorego zadrażnić, aby przez to nawał krwi i soków dążących do jelita skierować do powierzchni ciała, czyli jak się wyrażamy zadziałać przez podrażnienie skóry odruchowo na jelita. Czy hydroterapeutyczne zabiegi są tak silnemi bodźcami do podrażnienia skóry, że zdołają zadziałać odruchowo na jelito choleryczne, i jakiego rodzaju odczyn nastąpi, muszą praktyczne doświadczenia pouczyć. Twierdzą jeszcze hydroterapeuci, że zabiegi wodolecznicze przyczyniają się do wydalania jadu cholerycznego z obiegu i są w stanie zwalniające się krążenie krwi w układzie naczyniowym utrzymać.

a) W *stadium prodromorum* celem zabiegów wodoleczniczych jest wywołanie potów. Chory leży dobrze przykryty w łóżku, dostaje suche okłady gorące, napary potne do picia, obok tego *excitaentia* n. p. *tra Chamomillae.* Kw. solny w ilości 8—10 kropel na szklankę wody może być z korzyścią podawany. Jeżeli chory zaczął się dobrze pocić, dostaje nacierania wodą o 14° R., poczem zawija się go w mokre prześcieradło i koc, aby się wypocił. Po 1—2 dniach chory bywa zwykle zdrów.

b) W okresie choleryny podaje się choremu wino szampańskie lub lód do połykania. Wykonywa nacierania jak powyżéj i zawija w prześcieradło mokre i koc. Podczas pocenia się podaje się do zażywania mięszaninę napotną po 25 kropel naraz:

Trae Valerianae aetherae 1·00
Vini Ipecacuanhae 6·0
Ol. Menthae piperitae gutt. VI

Przeciw częstéj biegunce podaje się 1—2 litrów wody zimnéj z dodatkiem 16 kropel kwasu solnego w lawatywie a na brzuch opaskę wilgotną, którą chory ma mieć na sobie w międzyczasie, kiedy na nim się żadnych zabiegów wodoleczniczych nie wykonywa. Jeżeli biegunka nie ustaje, wyciera się chorego 1—2 razy na mokro wodą o 14°—12° R. a zaraz na sucho i wsadza do kąpieli nasiadowéj (14—12° R.) na 15—20 minut.

Nacierania zimne, zawijania w koce przez 1—2 godzin, zimne kąpiele nasiadowe, lawatywy z zimnéj wody z dodatkiem kw. solnego, jakoteż picie wody zakwaszonéj kwasem solnym powtarza się dopóty, aż polepszenie nie następuje.

c) W *stadium algidum* powyższe procedury uskuteczniają się zapomocą wody o niższéj jeszcze ciepłocie. Lawatywy podaje się o 6°—3° R.; nacierania również wodą lodową o ciepłocie 6°—3° R. i w koc; robi się także kąpiele nasiadowe o ciepłocie 8° R. Oprócz tego pije chory wodę zimną z kwasem solnym, krople wyżéj podane, wino szampańskie i t. d.

Jeżeli stan chorego się nie polepsza, to daje się go do wanny i zlewa się z wysokości 8—10 stóp kilkoma konewkami bardzo zimnéj wody (*Sturzbad*) kark i plecy chorego ciągle go nacierając. Następnie kładzie się go do łóżka, wyciera na sucho a na brzuch daje opaskę mokrą i lawatywę z wody lodowéj (Casper).

W *cholera sicca*, albo gdy chory przejdzie w ciężkie *stadium asphycticum*, zupełnie osłabnie a tętno staje się prawie niewyczuwalne, to polecają następujące zabiegi. Najprzód rozcierania suchą flanelą a potem gołymi dłoniami; następnie kładzie się chorego do próżnéj wanny, zlewa wodą lodową (*Sturzbad*), nacierając ciągle całe ciało, a zwlaszcza nogi przez kilka minut; potem wyjmuje się chorego z wanny i bardzo energicznie na sucho wyciera. Znów wsadza się chorego do wanny i naciera śniegiem lub potłuczonym lodem, poczem się chorego kładzie na łóżko i energicznie wyciera na sucho, dając równocześnie choremu lawatywę z wody lodowéj. Powyższe zabiegi ma się dopóty powtarzać, aż kurcze ustaną, skóra się lepiéj zabarwi, tętno stanie się silniejsze, a kończyny się ogrzeją.

Zamierzając chorych cholerycznych leczyć zabiegami wodoleczniczemi *lege artis*, należy się wprzód odnieść do pism tę kwestyję specyjalnie traktujących. Tu tylko przytoczyłem ważniejsze szczegóły, aby się Szan. Czytelnik przekonać mógł, ile chory choleryczny jeszcze znieść może. Daty statystyczne z wyników leczenia hydryjatycznego cholery dotąd ogłoszone nie zostały.

Semmola podczas ostatniéj neapolitańskiéj epidemii stosował w samym początku napadu cholerycznego kąpiele gorące 38°—40° C. powtarzane po kilka razy, poczem chorych zawijano w koce i dawano do picia napary aromatyczne z dodatkiem małéj ilości wyskoku i makowca. Chorzy przy tem postępowaniu zwykle się pocili.

W Warszawie w r. 1847 według urzędowéj instrukcyi używano do ogrzewania chorych cholerycznych „kąpieli parowéj szafkowéj wynalazku Ossowskiego.“

W Haarlem w r. 1886 umieszczano w jednéj z tamtejszych fabryk każdego robotnika, który dostał biegunki lub napadu cholerycznego do komory ogrzanéj do 38° C. na 8—36 godzin. Chorzy leżeli na materacach wypełnionych gorącym piaskiem i pocili się. Na 71 w ten sposób leczonych umarło tylko dwóch.

IV.

Zastosowanie szczegółów terapeutycznych do danego przypadku.

Leczenie cholery nie może być szablonowe, zależy bowiem od jakości przypadku, od osobistego zapatrywania się lekarza i zaufania do pewnych metod i środków. To też trudno by było podać szczegółowe przepisy ważne na wszystkie przypadki. Jednak z tego, co się dotąd powiedziało, wyłania się szemat, w którego ramach główne wskazówki mogą być pomieszczone.

a) Jeżeli w czasie epidemii cholerycznéj, osoba dotąd zdrowa i nieowładnięta trwogą choleryczną (cholerafobią)[1]), uskarża się na objawy dyspeptyczne (niesmak, nudności, gniecenie, pełność, kurczenie w brzuchu i t. p.), to nie będziemy się kusić te objawy, jakto się w innym czasie często dzieje, usuwać zapomocą środka przeczyszczającego, ale w razie uprawnionego przypuszczenia, że żołądek jest napełniony treścią, zapomocą wymiotów, używając jednak do tego środków mechanicznych podanych w ustępie III. C. 3. Jeżeli istnieją przeciwskazania do wymiotów, albo podrażnienia mechaniczne nie skutkują zwłaszcza jeżeli chory na użycie sondy się nie zgadza, to będziemy się starali uśmierzać objawy dyspeptyczne przez podanie szklanki zimnéj wody dobrze zakwaszonéj kwasem solnym (6 kroplami), lepiéj jeszcze zimnéj wody sodowéj kwaśnéj, albo ostatecznie i szklanki dobrze kwaśnéj limonady. Kwaśne płyny pije chory dla oszczędzenia zębów najstosowniéj zapomocą rurki szklannéj lub piórka wrzącą lub kwaśną wodą wymytego. Jeżeli te środki nie pomagają, to polecamy lewatywę gazową (p. I 13) lub garbnikową (p. III B.), jakoteż wstrzymania się od spożywania pokarmów stałych przez 1—2 dni.

Jeżeli po tego rodzaju objawach dyspeptycznych albo w innych przypadkach i bez takowych pojawiają się nagle kilkorazowe rzadkie stolce[2]) bez bólów, to należy doradzać choremu, aby się położył do łóżka, zwłaszcza jeżeli w takim chorym można dostrzedz prawdopodobnego kandydata do napadu cholerycznego. Doświadczeni praktycy choleryczni podają, że wejrzenie osoby zdradza zbliżający się napad choleryczny, mianowicie nalot siny, albo lekka obwódka sinawa naokoło ócz, zmiana (zmniejszenie) połysku rogówek i chłodna skóra.

Chory w łóżku powinien leżeć na nieprzemakalnem płótnie gumowem i mieć pod odbytem gruby kompres lub pokład bibuły, którą po zanieczyszczeniu wrzuca się do pieca, a nową podkłada. Chorego należy dobrze nakryć, położyć ciepły, suchy okład na brzuch, podawać do picia gorące napary opisane w ust. III. B. 3. i wyczekiwać dalszego przebiegu. W cholerze bowiem nie mamy pewnych oznak, po którychbyśmy mogli poznać, czy napad choleryczny się zatrzyma, czy też w całéj pełni się rozwinie.

Jeżeli biegunka trwa, to przystępujemy bezzwłocznie do podania enteroklizy Cantaniego według opisu w ust. III, B. Gdyby chory lawatywy nie mógł utrzymać długo i oddal ją wkrótce, to podajemy wnet drugą z większą ilością *trae laudani.* W praktyce prywatnéj korzystnie będzie kazać chorego obłożyć suchemi okładami pod III, B. 1. opisanemi i dawać pić napary.

Po tych zabiegach według Cantaniego ustaje biegunka śluzowa pierwszego okresu, a chorzy wychodzą zdrowi.

b) Bywają jednak przypadki, w których chorzy przechodzą w drugi okres biegunki surowiczéj, w cholerynę, opisany w ust. II, b. Natenczas należy energicznie powtórzyć enteroklizę, a w praktyce prywatnéj kazać chorego jeszcze rozcierać spirytusami w sposób w ustępie III, B. 1. opisany, podawać mu często napary do picia a następnie obłożyć ciepłemi obkładami, albo zarządzić naparzania podane w ust. pod III. B. 1. i robić przygotowania do podania hypodermoklizy w sposób w ust. pod III. B. opisany, nim jeszcze wytworzy się *stadium algidum.* W tym okresie trzeba mieć baczność na czynność serca (tętno).

[Jeżeli stolce serwatkowe są bardzo obfite, to tu byłaby pora zrobienia próby ze wstrzykiwaniami *pilocarpinum muriaticum* w ilości 0·02—0·04 w mięśnie tułowia, według opisu w ust. III. B.]

Po podaniu hypodermoklizy należy ciągle czynność serca kontrolować, aby wiedzieć czy hypodermoklizę należy jeszcze powtórzyć. Według Cantaniego hypodermokliza w tym okresie stosowana daje dobre wyniki.

c) Jeżeliby hypodermoklizy nie można stosować, to należy robić jeszcze próby z enteroklizą, rozcieraniami, okładami gorącemi, z częstem podawaniem do picia gorących naparów ze środkami podniecającemi i kw. solnym.

Gdy się wytworzy *stadium asphycticum,* to szanse ocalenia chorego się zmniejszają, ale wyzdrowienie jeszcze możliwe, zwłaszcza jeżeli możemy stosować hypodermoklizę; i w tym okresie jeszcze w zabiegach ustawać nie należy. W ciężkim *stadium asphycticum* próbowano (Delpech) chorych zanurzać do gorącéj kąpieli, lecz wielu lekarzy (Legroux, Herteloup, Rosenblum i inni), zauważało z tego postępowania tylko niekorzystne wyniki, radzili przeto postępować wprost przeciwnie. A mianowicie uważać chorych w *stadium asphycticum* jako na wpół zamarzłych i w podobny też sposób leczyć.

Należy choremu wprzód wlać do ust silnego środka podniecającego: *spiritus camphoratus, tra Castorei* i t. p., przynieść wody zimnéj wprost ze studni, dać z niéj lawatywę w ilości 1—2 litrów (można dodać 1 grm. kw. solnego do niéj). Potem pootwierać okna w pokoju, odkryć zupełnie chorego i wycierać energicznie całe ciało lodem lub śniegiem zawiniętym we flanelę, a w braku lodu wodą wprost ze studni zaczerpniętą. Do rozcierań potrzeba przynajmniéj dwóch silnych ludzi. Rozcierań zaprzestaje się do-

[1]) Objawy niestrawności nerwowej, które wywołuje „*choleraphobia*“, wymagają leczenia sugestywnego podając równocześnie krople przy końcu ust. I. 13. podane same lub z małą ilością *tra Opii simplex* jako środek „antycholeryczny“. — [2]) W dawniejszych epidemiach rozpoczynano leczenie napadu cholerycznego przy pojawiającej się biegunce najczęściej od podawania znacznych dawek *Tra Opii.* Korzystném by było łączenie makowca równocześnie z dużymi dawkami środków antyseptycznych (*salolum, β-naphtolum benzoicum* lub *salicylicum, ac. salicylisum thymolum* i t. d. i zapijanie takowych wodą zakwaszoną kw. solnym.

piero wtenczas, gdy skóra zaczyna czerwienieć i nabierać ciepła, co jednę lub nawet dwie godziny czasu wymaga. Gdy to nastąpi, zawija się chorego szybko w mokre prześcieradło i koc. Prześcieradło zanurza się w bardzo zimnéj wodzie i jak najsilniéj wykręca, poczem rozpościera się go na kocu i kładzie chorego na prześcieradło, położywszy w miejscu zagrożonem zanieczyszczeniem przez wypróżnienia gruby suchy kompres. Prześcieradło zawiązuje się na szyi chorego i obwija się niem całe ciało i nogi, następnie obwija się chorego kocem i nakrywa pierzyną. Podczas tych zabiegów należy pamiętać, aby chory często pił. Jeżeliby się chory uskarżał na wewnętrzne palenie, to należy mu jeszcza dać jedną lawatywę ze zimnéj wody.

Hydroterapeuci polecają w ciężkiem *stadium asphycticum* jeszcze energiczniejsze zabiegi, o których była mowa w ostatnim ustępie (III, C, 6) przy leczeniu *cholera sicca*. Mianowicie ma korzystnie działać zlanie chorego we wannie kilkoma konewkami wody lodowéj z wysokości 10 stóp (*Sturzbad*), co szczegółowo wyżéj opisanem zostało.

2. Po przebyciu napadu cholerycznego i okresu odczynu nie potrzeba właściwie żadnego leczenia. U wielu jednak ozdrowieńców przez dłuższy czas pozostaje jeszcze osłabienie i wrażliwość kiszek; powinni przeto zachowywać ścisłą dyjetę, przebywać w cieplem i suchem mieszkaniu, ubierać się ciepło we flanelę, na brzuchu nosić opaskę flanelową, nie narażać się na zimno i wilgoć; nie powinni też używać trudnych do strawienia pokarmów. Najwłaściwszemi będą: kleiki z kaszki perłowéj, pszennéj, owsianéj, sago, tapioka, galarety, bulion z jajami, lekkie rosoły (z gołębia, kurczęcia, cielęciny) z kaszką, winna polewka, jaja na miękko, sucharki, — a za napój: herbata, woda z dodatkiem dobrego wina czerwonego lub woda sodowa kwaśna. Do stałych pokarmów powinni chorzy bardzo zwolna przechodzić, tak jak gdyby przebyli dur brzuszny.

3. Następowe objawy durzycowe pocholeryczne leczy się symptomatycznie. W celu wywołania moczu podaje się do picia limonady, szczawy; wewnętrznie według przypadku *diuretinum*, *digitalis*, *kali aceticum*. Przy wytwarzaniu się biegunki lub stolców dysenterycznych podaje się lawatywy z taniną, kalomel, *bismuthum salicylicum*, salol. Bóle w brzuchu uśmierza się lawatywami z rumianku z dodatkiem 3 grm. eteru. Wymioty powstrzymują najlepiéj podskórne wstrzykiwania morfiny. Dla podniecenia łaknienia: kw. solny sam lub w połączeniu ze *stomachicum*, np. z *extractum*, *Condurango*, albo woda sodowa kwaśna.

* * *

Z całego powyższego zestawienia terapii okazuje się, że znajdujemy się obecnie dopiero w samych początkach nowego kierunku terapeutycznego, ale opartego na stałym i dokładnie odgraniczonym gruncie, którego opracowanie rokuje dla praktyki dodatne wyniki.

II. Oceny i sprawozdania.

Prof. Brouardel i J. Ogier: Metody badań toksykologiczno-sądowych. (*Methodes d'expertises toxicol. travaux du laboratoire*), Paryż, 1892 z rycinami. (Dok. Patrz Nr. 32).

Ogier i Minovici: Wpływ ptomainów na wykrycie alkaloidów roślinnych. Autorowie postawili sobie za cel trudnéj i uciążliwéj pracy wykazanie, czy obecność ptomainów w wnętrznościach ludzi otrutych alkaloidami roślinnemi może się stać przyczyną omyłki w wykryciu tych ostatnich a tem samem i w orzeczeniu?

W tym celu poddawali najpierw wątrobę i nerki (u otrutych alkaloidami zwykle mieszczących resztki takowych) trupów w rozmaicie daleko posuniętym stanie zgnilizny, postępowaniu Stasa i Dragendorffa. Uzyskane ptomainy badali odczynnikami na alkaloidy ogólnemi i specyjalnemi. Ostateczne wyciągi uzyskane metodą Stasa i Dragendorffa przedstawiają najczęściéj pozostałość stałą barwy żółtawéj lub brunatnéj o woni niemiłéj, przypominającéj nieco tarń lub guano. Oddziaływanie pozostałości tych jest stale zasadowe. Ilość pozostałości téj była tem większą, im znaczniejszy był postęp zgnilizny narządów do badania użytych, ale tylko do pewnéj stałéj granicy. Części ze zwłok ekshumowanych po 21—23 miesiącach, dawały bardzo nieznaczną ilość pozostałości. Największą ilość takowéj otrzymywano w przybliżeniu ze zwłok przez 8 do 20 dni przechowywanych w zwykłéj średniéj ciepłocie. Celem przekonania się czy ptomainy tak uzyskane, oddziaływają na odczynniki alkaloidów w równy sposób z temi ostatniemi, czyli zatem, czy z zwłokach osób wrzekomo alkaloidami otrutych, w istocie zaś nie otrutych, wykrycie alkaloidów może być uwieńczone mylnym dodatnim wynikiem wobec istnienia ptomainów, — pozostałości uzyskane z narządów ludzi zmarłych z różnych chorób a już gnijących poddano badaniu na zwykłe odczyny. Przytem przekonano się, że chlorek żelazowy sam z ptomainami nie daje żadnego barwnego odczynu, czyli, iż jest on dobrym odczynnikiem dla morfiny (zabarwienie niebieskie). Rozczyn wyskokowy wodnika potasu z ptomainami utlenionemi kwasem azotowym nie barwi się fijoletowo, jak wobec atropiny. Kwas azotowy nie daje z ptomainami zabarwienia fijoletowego jak z kolchicyną; inne odczynniki a zwłaszcza te, które zawierają kwas siarkowy jak sulfoseleniany, wanadany i t. d. nie są odczynnikami pewnemi w wykryciu alkaloidów roślinnych; reakcyje ich bowiem wobec ptomain są podobne do reakcyi wobec alkaloidów. W ogóle zauważyć należy, iż na wyniku reakcyj chemicznych nie można z zupełnym spokojem i pewnością opierać swego orzeczenia. Orzeczenie zatem musi być ugruntowane na wyniku badania chemicznego, doświadczenia fizyjologicznego, na obrazie sekcyjnym, wreszcie na wiarogodnem podaniu objawów poprzedzających śmierć człowieka otrutego.

Z drugiej znów strony było staraniem autorów przekonać się, o ile obecność ptomainów stanowi przeszkodę w wykryciu alkaloidów w narządach istotnie nimi zatrutych. Doświadczenie wykazało, iż musi być staraniem chemika, o ile możności oddzielić ptomainy od alkaloidów. W tym celu pozostałość uzyskaną metodami wyciągowemi Stasa i Dragendorffa, wytrawiają kwasem solnym, który niszczy ptomainy, pozostawiając alkaloidy roślinne w stanie nienaruszonym. Wyciąg obecny przesącza się i wyparowuje w próżni wobec tlenku wapniu. Mimo tego postępowania, bezwzględnego oddzielenia ptomain od alkaloidów uzyskać nie można.

Przyznać więc należy, że ptomainy mogą stać się łatwym powodem omyłki przy wykryciu w istocie zawartych alkaloidów. Jednak i tu staranny i sumienny rzeczoznawca ustrzeże się omyłki, jeśli obok wyniku badania chemicznego uwzględni objawy bezpośrednio przed śmiercią zauważone przez osoby wiarygodne i t. d. W końcu zauważają autorzy iż w trudnych tych badaniach, orzeczeniami swemi raczé winnych uniewinnili, niż niewinnych potępili.

Dr. Wachholz.

III. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32.)

II. wykład Dra Rościszewskiego (Kraków): „O przeszczepianiu moczowodów do odbytnicy“.

Po krótkiem przedstawieniu odnośnej literatury zdaje prelegent sprawę z własnych doświadczeń. Ogółem wszczepił u 6 psów jeden moczowód do *rectum*. Z tych pięć zdechło po 3—5 dniach z powodu zapalenia otrzewny (szwy nie trzymały), jeden zaś przetrzymał zabieg i żył przez 3 miesiące. Przez ten czas oddawał kał nieco rzadszy, mógł go jednak dobrze zatrzymywać i zachowywał się zresztą prawidłowo. Po tych trzech miesiącach wszył mu drugi moczowód do *rectum*. Pies zdechł po 3 dniach znowu wskutek zapalenia otrzewny, szew bowiem puścił. Przy sekcyi okazało się, że moczowód pierwéj wszyty wrósł zupełnie dobrze do odbytnicy, ujście jego było dla zgłębnika zupełnie drożne, żadnego zwężenia nie było, ani też zadrażnienia na błonie śluzowéj *rectum* koło ujścia jego. Natomiast sam moczowód był nieco zgrubiały, a miedniczka nerkowa silnie rozszerzona, wypełniona ropiastą cieczą. Istota nerkowa węższa niż normalnie, rysunek jéj zamazany, niewyraźny. Czy powyższe zmiany pochodzą od ucisku przez mocz zatrzymywany wskutek jakiegoś zwężenia moczowodu, które później ustąpiło, czy też powstały wskutek zapalenia, które się przeniosło z błony śluzowéj moczowodu do miedniczki, pod wpływem drażnienia kałem, o tem rozstrzygnie badanie mikroskopowe, którego dotąd nie można było uskutecznić (pies zdechł przed 3 dniami). Prelegent przypisuje nieudałe przypadki zbyt mało udoskonalonéj technice i nie uważa swych doświadczeń za ukończone, lecz chce je daléj prowadzić i na przyszłym Zjeździe przedstawić wyniki.

Prof. Rydygier podnosi ważne znaczenie opisanych przez prelegenta doświadczeń i wskazuje na sprzeczność zdań pomiędzy chirurgami co do wyników przeszczepiania. Podczas gdy Lister zachęca do wykonywania téj operacyi (w jego przypadku nastąpiła śmierć w 5 dni po operacyi wskutek zapalenia płuc, a szwy trzymały bardzo dobrze), większość chirurgów jest jéj przeciwnikami, wskazując na niebezpieczeństwo infekcyi nerek. Proponowano także przeszczepianie moczowodów z jednego miejsca pęcherza na inne, co może mieć znaczenie i wpływ zbawienny wobec raka pęcherza usadawiającego się w okolicy ujścia moczowodów.

III wykład Docenta Trzebickiego z Krakowa: „W sprawie podwiązania żyły udowéj“, będzie w całości umieszczony w „Przeglądzie Lekarskim“.

IV wykład. Dr. Wehr ze Lwowa: Przyczynek do leczenia operacyjnego gruźlicy jąder.

Wiadomą jest rzeczą, że gruźlica jądra należy do najczęstszych chorób jąder i że w największéj liczbie przypadków rozpoczyna się ogniskiem w przyjądrzu, i to według Bardenheuera z reguły w *Cauda*, według Monod'a et Terillon'a i Krzywickiego najczęściéj w *Caput epididymidis*. Nie zastanawiając się bliżéj nad wartością kastracyi przy *Tub. testis descendens*, gdzie pierwotnie inne części narządów moczów płciowych są zajęte gruźlicą, lecz mając na względzie tę najczęstszą formę pierwotnéj gruźlicy przyjądrza w *Tub testis ascendens*, należy uważać na rzecz pożądaną ze względów praktycznych, pewne rozstrzygnięcie pytania, jak długo gruźlica przyjądrza pozostaje sprawą czysto miejscową nie zajmując jądra. Bardenheuer twierdzi, że gruźlica przyjądrza przecięciowo przez przeciąg jednego roku ma pozostawać sprawą miejscową w przyjądrzu i że w takim razie resekcyja przyjądrza względnie jądra wystarcza do doszczętnego usunięcia gruźliczego ogniska, i dlatego podjął w roku 1886 na nowo myśl podaną swego czasu przez Malgaigne'a i podał jako metodę operacyjną resekcyję przyjądrza, zamiast kastracyi w początkach *Tub. testis ascendens*. Nowsza praca Dürra dowodzi, że w większéj połowie przypadków wczesnéj kastracyi, jądro już w okresie od 2 do 6 mies. od początku choroby, było zajęte gruźlicą. Bruns na podstawie swéj kazuistyki potępia podobnie jak Kocher operacyję Bardenheuera.

Na podstawie badania klasycznego przypadku, który prelegent zawdzięcza kol. Longchampsowi (Przegl. lek. 1892 str. 133.) musimy przyznać słuszność Brunsowi i uważać operacyję Bardenheuera za nieodpowiednią.

W przypadku tym u 35 letniego mężczyzny można było wybadać guzek twardy wielkości małego orzecha laskowego w *Cauda epididymidis*, trwający niespełna 7 miesięcy, pokryty skórą prawidłową, mało dotkliwy, jądro zaś zupełnie prawidłowe, niepowiększone. Badanie po kastracyi wykazało serowato-rozpadłe ognisko gruźlicze w *cauda* i masę porozsiewanych typowych gruczołków w całém jądrze i przyjądrzu. (Demonstracyja preparatów).

Przypadek ten potwierdza w zupełności spostrzeżenia Brunsa i dowodzi że i wobec niedających się wykazać klinicznie jakichkolwiek zmian w jądrze, w przebiegu gruźlicy przyjądrza, może być jednak całe jądro gruźlicą zajęte i to we wczesnym okresie choroby, a kastracyja nie zaś resekcyja, jest racyjonalną metodą operacyjną.

W dyskusyi nad tym wykładem prof. Obaliński wskazuje na podobieństwo, jakie zachodzi pomiędzy gruźlicą jądra a stawów pod względem przebiegu, a na dowód tego przytacza przypadek, gdzie pomimo wyskrobywania jądra człowiek przez kilkanaście lat był zupełnie zdrowym i płodził dzieci. Mowca sądzi, że po rzeżączce występują czasem w jądrze zmiany do gruźliczych podobne, a usunięcie tych zmian przez wyskrobanie może najzupełniéj wystarczyć. — W przypadkach gruźlicy jest mowca za usunięciem całego jądra.

Dr. Schramm (Lwów) jest zdania, że w każdym przypadku gruźlicy jądra należy wyciąć całe jądro, gdyż pozostawiona reszta i tak po pewnym czasie ulega zanikowi. Część pozostawiona jądra nie ma wpływu na potencyję. Że mogą istnieć przypadki pierwotnéj gruźlicy jądra, dowodzi przypadek Dra S. zupełnego wyleczenia po kastracyi. Mowca radzi tylko w wyjątkowych przypadkach, w których ognisko gruźlicze w jądrze jest bardzo nieznaczne, ograniczać się do wyskrobania.

Dr. Steuermark z Kołomyi cytuje z własnéj praktyki dwa przypadki gruźlicy przyjądrza u dzieci między 4-ym a 6-ym rokiem życia, u których wycięcie ogniska gruźliczego wraz z skórą zajętą sprowadziło zupełne wyleczenie.

Dr. Obtułowicz z Buczacza przytacza również przypadek gruźliczy przyjądrza u człowieka, u którego po wyłuszczeniu jądra, wystąpiła gruźlica drugiego przyjądrza.

Dr. Ziembicki radzi badać zawsze gruczoł krokowy i woreczki nasienne, bo gdy sprawa gruźlicza daleko już jest posunięta, nie ma racyi bytu wyłuszczenie jądra.

Dr. Drobnik z Poznania wypowiada podobne zapatrywanie i przytacza przypadek gruźliczy przyjądrza, w którym nie operował radykalnie z tego powodu, że pacyent dotknięty był także gruźlicą kręgów i krtani.

Prof. Rydygier jako dowód wpływu psychicznego na potencyę nadmienia o przypadku zupełnie wiarygodnym, bo tyczącym się lekarza, u którego po obustronnéj kastracyi istnieje zupełnie prawidłowy popęd płciowy, i pomimo że upłynęło już $1\frac{1}{2}$ roku od operacyi, chory spółkuje jak dawniéj i doznaje przyjemności.

Po przemówieniu prelegenta przewodniczący zamknął posiedzenie.

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 11 Lipca. Cholera posuwa się w Rossyi coraz daléj. Nowe ogniska epidemii pojawiły się w Penza, Ufa. Ostatnie wiadomości donoszą o wybuchu epidemii w Rybińsku, w Moskwie pojawiają się również coraz liczniejsze przypadki. Według urzędowych źródeł z Paryża, epidemia cholery się tam zmniej-

sza, do 20 lipca jednakże zachorowało 587 osób, z tych zmarło 371.

* Liczba osób zmarłych w Rosyi na cholerę do dnia 1 sierpnia, według sprawozdań urzędowych, wynosi: na Kaukazie 7.887, w gubernii astrachańskiéj 4.416, w prowincyi dońskiéj 2.958, w kraju Zakaspijskiem 2.884, w gubernii saratowskiéj 2.324, w gub. samarskiéj 2.027, w gub. simbirskiéj 312, w gub. niżno-nowogrodzkiéj 221, w gub. charkowskiéj 163. We wszystkich innych guberniach, gdzie epidemija niema charakteru tak ostrego, zmarło w tymże czasie wogóle 726 osób. Ponieważ z wielu miejscowości, dotkniętych epidemiją, nie nadsyłano systematycznych sprawozdań, przeto przyjmuje *Prawitiel. Wiestnik*, że w całem państwie do dnia 1 sierpnia zmarło 25.000 osób.

* Dr. Virchow ma jutro przejeżdżać przez Warszawę do Moskwy na kongres, zkąd prawdopodobnie uda się do gubernij nadwołżańskich, w celu zaznajomienia się z przebiegiem cholery. Dr. Virchow jedzie w towarzystwie syna swego, prof. Hansa Virchowa i Dra Popowa. W Warszawie Dr. Virchow zatrzyma się kilka dni.

* Dr. Tiszkow z Taszkientu zwraca uwagę, że obecna epidemia cholery w wielu przypadkach przebiega odmiennie, wypróżnienia są mniéj obfite i z początku nie mają właściwego wejrzenia, jak ryżowa zupka.

Leczenie w szpitalu cholerycznym zwykle zaczyna się od podawania kalomelu 0,75 na raz, lub po 0,20 co $\frac{1}{2}$ godziny. Obok tego dają lewatywy z 1% roczynu taniny ogrzanego do 40°C i starają się pobudzić akcyę serca. Opiatów wogóle używają bardzo mało. Przy słabem tętnie wstrzykują podskórnie 1—3 strzykawek na raz *Ol. camphorati pro injectione.* Przeciwko kurczom polecają rozcierać kończyny spirytusem kamforowym i wkładają chorego do gorących kąpieli. Kiedy już chory zaczyna przychodzić do siebie podają mu *Bismuthum subnitricum* po 0,60 3—4 razy na dzień i dyeta tylko płynna.

Leczenie takie jak dotąd, dawało bardzo dobre rezultaty.

* W tygodniu 30-ym (od 24—30 lipca) było w Krakowie małżeństw 7, urodzeń 42, skonów 42, z tych z gruźlicy 10, z zapalenia płuc 8, z nieżytu żołądka i jelit 5, z płonicy 1, z duru brzusznego 1.

* Do dnia 1 sierpnia było w Krynicy gości 3397, — w Szczawnicy do 31 lipca 2090, — w Truskawcu do 29 lipca 952.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu Wydziału lekarskiego zaproponowano na następcę po Prof. Meynercie Prof. Krafft-Ebinga.

* **Berlin**. Rektorem Uniwersytetu został wybrany Rudolf Virchow, dziekanem wydziału lekarskiego, prof. psychiatryi Dr. Jolly.

* **Zmarli**. W Krościenku koło Chyrowa zmarł 29 lipca b. r. Dr. Stanisław Maszkowski urodzony we Lwowie w r. 1864, syn ś. p. Karola Maszkowskiego prof. politechniki lwowskiej, jeden z młodszych wychowanków Uniw. Jagiell. Koledzy których był ulubieńcem złożyli wieniec na trumnie. — W Frankfurcie n. M. zmarł b. prof. anatomii w Zurychu Dr. H. Meyer.

* Przed paru miesiącami doniosły pisma niemieckie lekarskie i polityczne, że Wydział lekarski w Insbruku celem obsadzenia trzech nowo powstać mających katedr a względnie klinik zaproponował Ministerstwu trzech specyjalistów zamiejscowych, a mianowicie Dra Biederta z Hagenau w Alzacyi dla pediatryi, Dra Herynga z Warszawy dla laryngologii i Dra Fleinera z Heidelbergu dla syfilodologii. W jakiś czas później pojawiło się w *Wien. klin. Woch.* oświadczenie Wydziału lek. w Insbruku téj treści, że wiadomość owa jest bezzasadną, ponieważ Wydział żadnego ze wspomnianych lekarzy nie proponował, a tem samem o odmowie z ich strony mowy być nie mogło. Ponieważ z oświadczenia Wydziału zdawaćby się mogło, że panowie ci sami wiadomość o swem powołaniu do Insbruku rozszerzyli; przesłali oni do *Berl. klin. Woch.* obronę swoją, w któréj dowodzą, że upoważnieni przez Wydział rzeczywiście zapytywali się ich, czy byliby skłonnymi do objęcia rzeczonych katedr w Insbruku, i że oni po namyśle wymówili się od przyjęcia tego wezwania. Obrona ta umieszczoną została w Nrze 31 tygodnika berlińskiego z d. 1 bm. dosłownie z podpisami wszystkich trzech lekarzy, o których się rozchodziło. Sprawę tę podnosimy nie tyle z powodu dziwnego postępowania Wydziału lek. w Insbruku, ile z powodu, że pomiędzy zaczepionymi przez Wydział znajduje się także rodak nasz i zasłużony specyjalista Dr. Heryng w Warszawie i ponieważ przez niego zostaliśmy poinformowami o prawdziwym stanie rzeczy. Otóż miała ona się jak następuje: Listem data Insbruk 8 kwietnia b. r. (którego kopią mamy w ręku) prof. Nicoladoni udał się do kol. Herynga z zapytaniem, czyby nie przyjął katedry nadzwyczajnéj w Insbruku i czyby nie był gotów porzucić dotychczasowego swego stanowiska intratnego, aby stać się założycielem i kierownikiem nowéj kliniki otyjatryczno-laryngologicznéj w Insbruku; w razie zgodzenia się na tę propozycyję, piszący prosi o przysłanie *curriculum vitae* i wykazu prac naukowych. W następstwie rokowań rozpoczętych na podstawie tego listu kol. Heryng udał się do Insbruku, gdzie dziekan Wydziału lek. oświadczył mu, że powinien się porozumieć z prof. Nicoladonim, który w téj sprawie jest mężem zaufania Wydziału. W rozmowie z tym ostatnim, kol. Heryng żądał 10 dni namysłu, po upływie których listownie mu oświadczył, że ofiarowanéj sobie katedry nie przyjmuje. Korespondencyję w téj sprawie zakończył prof. Nicoladoni temi słowy: „Żałuję, że Pan odrzucił wezwanie do Insbruku“.

Kto zna sposób, w jaki sposób sprawy powołania na katedry w państwie austryjackiem się odbywa, przyzna, że wszystko i w tym przypadku odbyło się całkiem prawidłowo. W razie wakansu Wydział wyznacza komisyję, w skład któréj wchodzą członkowie reprezentujący przedmioty spowinowacone z przedmiotem obsadzić się mającym. Przewodniczący lub członek téj komisyi znosi się z kandydatem lub kandydatami, których komisyja uznaje za najgodniejszych, a następnie zdaje sprawę Wydziałowi pełnemu, poczem dziekan urzędowo zapytuje się kandydata, a otrzymawszy oświadczenie jego pisemnie, przedstawia go Ministerstwu oświecenia. Jeżeli więc prof. Nicoladoni traktował z kol. Heryngiem, to miał zupełne do tego prawo jako członek a może i przewodniczący komisyi przez Wydział wyznaczonéj do szukania i proponowania kandydata, bo też dziekan kandydata odesłał do niego, jako męża zaufania Wydziału, a późniejsze wystąpienie dziekana o tyle tylko tłomaczyć sobie możemy, że Wydział prawdopodobnie zbyt się pospieszył ze szukaniem kandydatów równocześnie aż na trzy katedry, nie będąc może jeszcze przez Ministerstwo do tego upoważniony, a zrażony potrójną odmową mógł ogłosić, o tyle zgodnie z prawdą, że propozycyja obsadzenia katedr nie była czyniona, bo rzecz naturalna, że Wydział nie mógł Ministerstwu proponować kandydatów, skoro kandydatów, gotowych do przyjęcia, katedr, nie miał.

Sprostowanie. W artykule prof. Dra Jaworskiego: „Zestawienie szczegółowe itd.“ Nr. 32 str 394, szp. II, w. 2 od g. zamiast: „(saprofitów) może“, czytaj: „(saprofitów) ginie może“; str. 395, szp. II, w. 10 od g zamiast: „tanina (Cantani)“, czytaj: „tanina w rozczynie 1% przy 37° po $1\frac{1}{2}$ godziny (Cantani)“.

W zastępstwie Redaktora: Dr. Murdzieński.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 20 Sierpnia 1892. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmuja:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Zestawienie szczegółowéj profilaktyki i terapii cholery.

Napisał

Prof. W. Jaworski.

(Dok. Patrz Nr. 33.)

V.

Dopełnienie z chwili bieżącéj.

W obecnéj chwili, kiedy epidemija choleryczna posuwa się ku Zachodowi, mnoży się i literatura choleryczna. Pojawiają się rozporządzenia władz sanitarnych, rozprawy towarzystw naukowych, jakoteż lekarzy, a ostatecznie i rady rozmaitych niepowołanych zbawców ludzkości. Pożyteczny jest dla ludności wzrost téj literatury już z tego powodu, że pod jej wpływem wiele przepisów sanitarnych, higijenicznych i profilaktycznych, pożytecznych równocześnie i przeciw innym chorobom zakaźnym, przejdzie w życie społeczne. Trzeba jednak, aby te pisemka były ułożone ze zmysłem krytycznym a odpowiadały dzisiejszemu stanowi nauki i nie bałamuciły publiczności przez samozwańcze lub przestarzałe teoryje i przepisy higijeniczne. Jeżeli nasze z nauki doświadczalnéj wysnute zapatrywania i zabiegi tak profilaktyczne jak i terapeutyczne, sądząc po przeszłości, będą się wydawały przyszłym generacyjom dziwacznemi, cóż dopiero myśleć będą o tych bezmyślnych radach i specyfikach leczniczych, które już dziś potępić musimy.

1. W bieżącéj chwili polecono kilka środków desinfekcyjnych, mających podstawę doświadczalną. Z takowymi należy tembardziéj się zapoznać, że już obecnie ceny zwykłych środków antiseptycznych (karbolu, sublimatu) się podwoiły.

Na podstawie rozporządzenia Ministerstwa pruskiego poleca pod d. 3. sierpnia b. r. Władza policyjna miasta Berlina między innemi następujące środki do desinfekcyi:

a) Mleko wapienne: miesza się jeden litr potłuczonego, dobrze wypalonego wapna z 4 litrami wody, przechowuje w naczyniach dobrze zamkniętych, a wymięszywa przed użyciem. Mleka wapiennego można w następujących przypadkach używać: Wypróżnienia (stolce, wymiociny) cholerycznych mięsza się z równą ilością mleka wapiennego, pozostawia przez 2 godziny w spokoju, a potem wylewa. Do wychodków wlewa się codziennie jeden litr mleka wapiennego do każdego otworu siedzeniowego. Beczki i cebry, w których znajdowały się wypróżnienia choleryczne, należy po wylaniu takowych wewnątrz i zewnątrz oblać mlekiem wapiennem. Ściany i podłogi w pokojach w których się znajdowali choleryczni, należy pociągnąć warstwą mleka wapiennego; podłogi można już po dwóch godzinach napowrót wymyć. Mlekiem wapiennem polewa się ziemię, bruki, ścieki zanieczyszczone odchodami cholerycznemi.

b) Chlorek wapna *(calcaria hypochlorica)*, którego 2 części mięsza się z 100 częściami zimnéj wody, a po ostaniu odlewa się ciecz wodnistą, służącą do desinfekcyi. Takowa służy do mycia rąk i innych części ciała. W celu zaś desinfekcyi wypróżnień używa się wprost proszku chlorku wapna, dodając dwie łyżki tegoż do naczynia, poczem pozostawia się przez 15 minut w spokoju i wylewa. Roztwór chlorku wapna 1 : 50 zabija laseczniki przecinkowe w kulturach po upływie ½ godziny (van Ermanghem).

c) Mydło szare maziste (*sapo viridis, Schmierseife, Kaliseife*) w ilości 3:100 gorącéj wody; rozpuszcza się np. 500 gm. mydła szarego w 17 litrach gorącéj wody. Rozczynem tym myje się wychodki jakoteż w potrzebie pierze bieliznę, pozostawiając jednak takową wprzód przez 24 godzin w rozczynie mydła. Podstawa doświadczalna, na jakiéj Ministerstwo pruskie ogłasza mydło szare jako środek desinfekcyjny, nie jest mnie wiadoma, będzie to jednak jeden z najsłabszych środków niszczących laseczniki przecinkowe.

d) Kwas karbolowy surowy: Rozpuszcza się 1 część tego ciała w 20 częściach rozczynu mydła szarego podanego pod *c*), gdyż we wodzie zwyczajnéj kw. karbolo-

wy surowy się nie rozpuszcza. Mięszanina ta służy do mycia rąk, prania bielizny z cholerycznych, (która jednak musi poprzednio leżeć przez 12 godzin w rozczynie karbolu) do maczania prześcieradeł, w które zawija się bieliznę lub rzeczy chorych cholerycznych, przeznaczonych do przenoszenia, np. w celu desinfekcyi itd.

Obecna instrukcyja rządowa warszawska poleca również tani środek do desinfekcyi, mianowicie roztwór dziegciu brzozowego lub sosnowego, który u nas może być mazią zastąpiony.

e) „Na jedną część (na wagę) dziegciu bierze się dwie części wody i półtory części popiołu drzewnego, zmięszaną takim sposobem massę należy rozpuścić jeszcze raz w ośmiu częściach wody. Mięszaninę tę należy zostawić w spokoju przez pół godziny dopóki nie utworzy się osad. Następnie zlewa się płyn do drugiego naczynia i polewa się nim wypróżnienia i wymioty cholerycznych, wychodki, śmietniki itp.“

Nencki z Petersburga podaje, że rozczyn powyższy zabija laseczniki przecinkowe w $^1/_2$ godziny. Należy jednak pamiętać, że od tego rozczynu przedmioty cisawe zabarwienie przyjmują.

f) Austryjacka instrukcyja o cholerze, wydana przez Ministerstwo spraw wewnętrznych, a ogłoszona przez galicyjskie Namiestnictwo d. 5 sierpnia b. r. zaleca jako środki do desinfekcyi karbol, mniéj zaś sublimat; nadto powiada: „W razie braku kw. karbolowego można użyć do odrażania wychodków siarkanu żelazawego (*Eisenvitriol*) lub chlorku manganu, tam gdzie go łatwo można dostać z fabryk wapna do blichowania. Z tych soli tyle należy brać do odrażania wychodków, aby treść dołu kloacznego zawsze kwaśno oddziaływała, liczy się na dzień i osobę około 25—30 gramów“. Już wyżéj była wzmianka, że koperwas zielony jest bardzo słabym i niepewnym środkiem desinfekcyjnym; to samo należy powiedzieć o chlorku manganu. W innem miejscu mówi instrukcyja: „Ustępy, pissoary można desinfekcyjonować przez posypywanie silnym chlorkiem wapna“. Odrażanie środkami gazowemi uważa instrukcyja austryjacka za bezskuteczne.

2. *a)* W celach profilaktycznych zalecają Nothnagel i Kahler w czasopiśmie „*Das österr. Sanitätswesen*“ Nr. 31. z 4. sierpnia b. r. używanie kw. solnego po jedzeniu, 8—10 kropel w $^1/_4$ szklanki przegotowanéj wody.

Instrukcyja Ministerstwa austryjackiego poleca również dla podróżnych używanie wody zakwaszonéj kw. solnym po jedzeniu, „aż do ukończenia trawienia (4—6 godzin) przyjmować“.

Co do stosowania kw. solnego, to tu muszę jeszcze o dawkowaniu wspomnieć. Jak w ust. I. 8. podano, 1 gram *ac. hydrochl. fumans* (= 0·3697 HCl) w 2 litrach wody przekroplonéj rozcieńczony, zabija laseczniki przecinkowe w 5 minutach. 1 grm. powyższego kwasu = 2 grm. = 32 krople *ac. hydrochl. offic.* Do zabicia lasecznika p. w jednym litrze wody trzeba przynajmniéj 1 grm. *ac. hydrochloricum offic.* czyli przynajmniéj 16 kropel, a na jedną szklankę (250 grm.) wody 4 krople. Jednak w handlu sprzedaje się najczęściéj kw. solny więcéj rozcieńczony, dlatego więcéj kropel tegoż dodawać należy. Nadto trzeba wziąć pod uwagę, że we wodzie studziennéj znajdują się sole (węglany) w zmiennéj ilości, zobojętniające część dodanego kw. solnego. Ztąd wypada, że litr wody zwyczajnéj będzie wymagał przeszło 20 kropel, a szklanka 6 i więcéj kropel aptecznego kw. solnego i pozostawienia wymięszanego rozczynu przynajmniéj przez $^1/_4$ godziny w spokoju, nim się takowy wypije.

b) Bujwid, który dostrzegał, że para jodoformu zabija laseczniki na powierzchni kultur, radzi („Medycyna“ Nr. 32, 6. sierpnia 1892) podawać w celu profilaktycznym i leczniczym, dziennie 2—3 kapsułki żelatynowe napełnione jodoformem po 0·03 w rozczynie eterycznym, a w rozwiniętéj chorobie proszki lub zawiesinę jodoformową.

c) W instytucie Pasteura w Paryżu przenosi Dr. Haffkin szczepienie zapobiegawcze przed cholerą, wypróbowane na zwierzętach, na ludzi i przypuszcza, że uda się człowieka w przeciągu sześciu dni przez szczepienie za pomocą „*anticholeravaccine*“ uczynić odpornym na zarazek choleryczny.

3. Sposób leczenia cholerycznych już w obecnéj chwili okazuje się nierównomierny. Obecna instrukcyja rządowa warszawska wyraża się przy leczeniu w początkach napadu: „...jeżeli żołądek jest przepełniony i wzdęty należy koniecznie zażyć oleju rycinowego“. A Dr. Tiszkow donosi do „Wracza“ z Taszkientu, że rozpoczyna leczenie cholerycznego napadu od podawania kalomelu (0·72 na raz lub po 0·18 co $^1/_2$ godziny), gdyż jak powiada, zauważył w dotychczasowych przypadkach, że objawy ogólnéj intoksykacyi przeważają nad biegunką.

b) Nothnagel i Kahler stojąc zresztą na tych samych zasadach terapeutycznych, które w niniejszéj rozprawie wyłuszczone zostały, polecają każdą biegunkę w czasie epidemii cholerycznéj się pojawiającą, uważać jako choleryczną; radzą podać zaraz kąpiel gorącą i „odpowiedną ilość przetworów makowca nalepiéj *tra opii simplex* z herbatą, rumem, koniakiem, arakiem, a obok tego zastosować . . . enteroklizę taninową“.

Co się tyczy hipodermoklizy, to przytaczamy zastosowanie takowéj według Nothnagela i Kahlera dla użytku lekarzy, którzyby przyrządu Cantaniego nie posiadali. Płyn injekcyjny przyrządza się w następujący sposób: W 2 litrach wody przekroplonéj i sterylizowanéj (t. j. przez $^1/_2$ godziny gotowanéj w kolbce zatkanéj korkiem z waty) rozpuszcza się 6·0 grm. *natrium carbonicum* i 8·0 grm. *natrium chloratum* i utrzymuje przy 40° C. Do podskórnych infuzyj używa się najstosowniéj kilkoma bocznemi otworami opatrzoną igłę wydrążoną o średnicy wewnętrznego przestworu $1^1/_2$—2 mm., która to igła za pomocą krótkiéj rurki kauczukowéj z biuretą jest połączona. Do zamykania rurki służy ściskacz. Cały przyrząd należy w celu wysterylizowania go zanurzyć przed użyciem do 5% karbolu lub wrzącéj wody. Następnie należy część powierzchni powłok brzusznych najprzód eterem, a potem rozczynem sublimatu (1:2000) obmyć a po zupełnem przygotowaniu przyrządu w tem miejscu igłę w tkankę podskórną wbić. Ciecz wpływa szybko, dlatego należy się starać o nieprzerywane dopełnianie biurety. W ten sposób można w przeciągu $^1/_4$—$^1/_2$ godziny aż do $1^1/_2$ litra cieczy pod tkankę podskórną wprowadzić. Wessanie odbywa się szybko, a gdyby miało się pojawiać obrzmienie, to należy takowe przez mięsienie rozdzielić. — Opisany przyrząd aczkolwiek bardzo prosty ma tę bardzo

znaczną niedogodność, że w niem utrzymywanie płynu przy ciepłocie 40° C. jest trudnem, podczas gdy w przyrządzie Cantaniego ta bardzo ważna niedogodność odpada.

Ci sami autorowie polecają jeszcze infuzyję do żył albo powyższego płynu fizyjologicznego, albo rozczynu Hayema:

Aq. destillatae 1000·0
Natrii chlorati 5·0
Natrii sulfurici 10·0

Ten rozczyn przesącza się przez sączek z kilku pokładów bibuły szwedzkiéj złożony i przez dłuższe gotowanie sterylizuje. W celu wykonania operacyi używa się powyżéj wskazanéj biurety, która w tym celu zaopatrzona jest w kaniulą szklanną, którą się wiąże w jedną ze żył ramieniowych. Przestrzegać należy, aby powietrze do żyły się nie dostało, a przyrząd i rana były aseptycznie utrzymywane. Ciecz wpływa pod nizkiem ciśnieniem bardzo szybko (w 1/4 godziny 2—2 1/2 litrów). Szybkie wpływanie cieczy musi być powstrzymywane, aby takowa bez wymięszania się z krwią nie dostała się wprost do serca, którego odżywienie mogłoby być przerwane (p. III. B.).

Z powyższemi wstrzykiwaniami płynów nie należy czekać, aż się wytworzy *stadium algidum*, ale już wtenczas stósować, jeżeli tylko oznaki zbliżania się takowego pojawiają się. Równocześnie należy wewnętrznie używać *excitantia*, a podskórnie wstrzykiwać *Ol. camphoratum* po 1—2 strzykawek Pravaza naraz.

c) W *Societé de thérapeutique* w Paryżu w dyskusyi nad leczeniem cholery odbytéj w lipcu b. r. podniesiono następujące szczegóły: Jako *stimulantia*: ciepłe napary, wyskok, herbata z rumem, lekka kawa; rozcierania, okłady ciepłe, a przeciw biegunce kw. mlekowy.

Ac. lactici 10·0
Syrupi simpl. 20·0
Trae corticum aurantiorum 2·0

S. Wlać do litra wody i co 1/4 godziny po 3 łyżki podawać.

Przeciw wymiotom: *mentol*, połykanie lodu i napoje burzące. Bardzo dobrze mają uśmierzać wymioty krople Laussedata.

Trae Valerianae aethereae 5·0
Liquor. Hoffmanni 5·0
Laudani Sydenhami 1·0
Ol. Menthae aetherei gutt. quinque.

Co do kw. mlekowego to musimy zauważyć, że według doświadczeń Bikfalvi'ego na zwierzętach uskutecznionych, kw. mlekowy nietylko nie zmniejsza, ale bardzo silnie zwiększa ruch robaczkowy jelit. Jeżeli zaś miałby wchodzić wzgląd na własność zabijania laseczników przecinkowych, to taniéj byśmy go mogli u nas stosować polecając pić, kwas z kapusty lub ogórków, albo tak przyjemną polewkę, jaką jest barszcz czysty, które to ciecze są rozczynami kw. mlekowego fermentacyjnego.

II. Oceny i sprawozdania.

Rocznik XIV Towarzystwa lekarzy lubelskich, zawierający sprawozdanie naukowe i administracyjne z czynności Towarzystwa za r. 1891, a XVII-ty istnienia jego. Członków wszystkich liczyło Towarzystwo w roku sprawozdawczym 63, a mianowicie: honorowych 5, czynnych: miejscowych 26, zamiejscowych 15, korespondentów 17.

Posiedzeń odbyło Towarzystwo 11 jedno administracyjne, 10 naukowych. Odczytów wygłoszono 26, nie wliczając demonstracyj, przedstawień rzadszych przypadków z praktyki, oraz uwag nad panującemi nagminnie chorobami.

Sprawozdanie Bibliotekarza wykazuje skatalogowany zbiór 2224 dzieł.

Skarbnik zamknął sprawozdanie nadwyżką, a fundusz żelazny powiększył się o 70 R. sr.

W końcu sekretarz zaznacza, że w roku sprawozdawczym „dało się zauważyć wyraźne ożywienie posiedzeń, dwie godziny, przyznaczone na posiedzenie były zawsze całkowicie wypełnione. Zawdzięczać to należy stałemu powiększaniu się liczby członków czynnych miejscowych i częstszemu nawiedzaniu posiedzeń przez członków zamiejscowych“. My zaś ośmielimy się dodać, że siła attrakcyjna, dzięki któréj liczba członków stale zwiększała się, a posiedzenia były liczne i ożywione, polega na żywotności Towarzystwa lekar. lubelskiego, na naukowem wykształceniu i pracowitości jego członków. Rzadko które towarzystwo prowincyjonalne, pozbawione pracowni, zbiorów i t. d. potrafi się pochwalić doborem odczytów równie poważnych, i tak starannie opracowanych.

Prezesem Towarzystwa w roku sprawozdawczym był Dr. Aleksander Jaworowski, wiceprezesem Dr. Aleks. Janiszewski, sekretarzem Dr. Wład. Olechowicz, skarbnikiem mag. Farm. J. Karo, a bibliotekarzem Dr. Kazimierz Jaczewski.

Dr. A. Kwaśnicki.

Patologija.

M. Jakowski: **W kwestyi etyjologii zapalenia opłucnéj.**

Badania bakteryjologiczne wysięków opłucnowych uzupełnił autor 52 własnemi spostrzeżeniami tak, że obecnie materyjał ten obejmuje 300 przypadków dokładnie zbadanych i opisanych. Na téj zasadzie twierdzi autor stanowczo, że każde zapalenie opłucnéj zawdzięcza swe powstanie pewnemu rodzajowi drobnoustrojów, które bądź przez narząd oddechowy z płuc, bądźteż przez naczynia chłonne dostają się do opłucnéj i wywołują w niéj objawy zapalne.

Najczęściéj znajdował autor w wysiękach opłucnowych surowiczych bakteryje Fraenkla i tym też drobnoustrojom największe przypisuje znaczenie w etyjologii zapaleń opłucnéj. W kilku przypadkach, prócz bakteryj Fraenkla, wykryto paciorkowca ropotwórczego, a wysięk pierwotnie surowiczy zamienił się w dalszym przebiegu w ropny. Prócz tego odnalazł jeszcze autor w niewielu przypadkach inne rodzaje drobnoustrojów, jak gronkowca ropotwórczego białego i złotego i bakteryje Friedländera, a nadto w 13 przypadkach zapalenia opłucnéj u osób gruzlicą dotkniętych, wykryto dwa razy prątki Kocha. Wreszcie w 7 przypadkach przedsiewzięte badanie dało wynik zupełnie ujemny. Najłagodniejsze, a zarazem najczęstsze pierwotne surowicze zapalenie opłucnéj wywołują pneumokoki Fraenkla, znalezione obok tychże bakteryje ropotwórcze wskazują dążność wysięku do przejścia w wysięk ropny i znacznie pogarszają rokowanie. Wysięki pierwotnie ropne, powstałe śród najróżnorodniejszych chorób ostrych, uważa autor jako następstwo zakażenia mięszanego drobnoustrojami swoistemi i ropotwórczemi.

Ujemny wynik badań bakteryjologicznych w kilku przypadkach wysięków opłucnowych ropnych a nawet posokowatych tłómaczy autor tem, że albo bakteryje po wywołaniu choroby wyginęły, albo choroba powstała nie skutkiem sa-

mych bakteryj, tylko ich produktów życiowych. (*Gaz. Lek.* Nr. 11—12, 1892). *Dr. L. Korczyński.*

Toksykologija.

I. Rossa: **Nowa odtrutka przeciw otruciu sinkiem potasu.**

W myśl doświadczeń Krohla z dwutlenkiem dwuwodu zastosował Rossa nadmanganezian potasowy jako środek silnie utleniający przeciw otruciom sinkiem potasu. Doświadczenia te były uwieńczone pomyślnym skutkiem a to z téj przyczyny, iż sinowodór i sinek potasu zmieniają się w sinian potasowy, a siniany jak to doświadczenia Rabuteaux stwierdziły, są mało szkodliwe. R. przekonał się, że po zastosowaniu téj odtrutki w stosownym czasie, świnki morskie strute dziesięćkrotną dawką smiertelną sinku potasu, można przy życiu utrzymać. Do klinicznych doświadczeń zaleca R. podawanie $^1/_2$ litra $^1/_4$—$^1/_2$% rozczynu nadmanganezianu. (*Aerztl Centr. Anzg.* Nr. 19, 1892). *Dr. Wachholz.*

Choroby nerwowe.

Edmund Biernacki: **Przyczynek do nauki o syryngomyelii.**

W krótkim wstępnym historycznym zarysie przedstawia autor zapatrywania klinicystów od chwili, gdy syryngomyelię znajdujemy w rzędzie chorób rdzeniowych. Sam przychyla się do najnowszego, ogólnie przyjętego zdania, które chorobę tę uważa za sprawę nowotworową, gliomatozę, rozwijającą się wśród i ze szkodą istoty szaréj rdzenia. W dalszym ciągu tworzą się mniejsze lub większe kanały w rdzeniu a sam rdzeń stopniowo znika w zakresie istoty szaréj. Najczęściéj choroba rozpoczyna się w odcinku szyjnym rdzenia i przechodzi następnie na korzenie przednie i tylne.

Objawy wywołane tą chorobą dają się podzielić na dwie grupy: 1) zaburzenia odżywcze wszystkich prawie tkanek jak mięśni, skóry, kości itd. 2) Częściowe porażenie czucia. Odpowiednio do umiejscowienia choroby w części szyjnéj rdzenia, ograniczają się te obie kategoryje zmian najpierw do kończyn górnych, mianowicie zanikają mięśnie garstkowe i nadgarstkowe, występują parestezyje i częściowe porażenia czucia, wreszcie znika czucie bólu. W miarę rozszerzania się gliomatozy ulegają w dalszym ciągu chorobie wszystkie dotyczące obszary ciała. W zanikających mięśniach odczynu zwyrodnienia nie spostrzegano.

Nader ciekawemi i charakterystycznemi są zmiany odżywcze w skórze, kościach i stawach, a w przypadkach gdzie choroba nie przedstawia typowego obrazu, cierpienia stawowe stają się często przedmiotem zabiegów operacyjnych, przyczem uderza zupełna nieczułość na ból podczas rękoczynów. Dość często choroba kończy się objawami porażenia opuszkowego. Zwraca tu jeszcze autor uwagę na ważny szczegół rozpoznawczy, mianowicie na scoliozę kręgosłupa najczęściéj ku stronie prawéj, połączoną ze sztywnością i bolami kręgów piersiowych i szyjnych. Dwa przez autora spostrzegane i pomieszczone w téj pracy przypadki służą do ilustracyi tych objawów.

Jako momenta etyjologiczne syryngomyelii uważa autor prócz pewnego wrodzonego usposobienia jeszcze choroby zakaźne ostre a zwłaszcza urazy wszelkiego rodzaju. (Gazeta Lek. Nr. 12, 13, 1892). *Dr. L. Korczyński.*

Choroby uszne.

Mc. Bride (Edynburg): **Niedosłyszenie postępujące w przewlekłem zapaleniu ucha.**

B. rozróżnia wyraźne nieżytowe i niewyraźne nieżytowe postacie przewlekłego nieropnego zapalenia ucha śr., a ostatnie dzieli znowu na dziedziczne, gośćcowe, nerwowe i kiłowe. W postaciach nerwowych objawy nerwowe występują na pierwszy plan i wątpliwem jest, czy wogóle zajęcie błędnika nie jest pierwotną podstawą tych cierpień. W postaciach wyraźnie nieżytowych rokowanie jest lepsze. We wszystkich przypadkach poleca B. natryski powietrzne, w zwężeniu trąbki także stoczkowanie, zresztą leczenie ma się stosować do danéj postaci choroby. Główną wagę należy kłaść na usunięcie wikłających cierpień nosa i gardła. Polecanym sposobom mechanicznego leczenia zaburzeń ruchowych w narządzie głos przewodzącym odmawia B. wysokiéj wartości, jak również zabiegom operacyjnym. Przeciw szumom podmiotowym i zawrotowi głowy skutkują jeszcze najwięcéj przetwory borowe. W przypadkach jednostronnego niedosłyszenia, w których chorzy głośną mowę najbliżéj ucha tylko rozumieją i natrysk żadnego polepszenia nie sprowadza, wszelkie leczenie jest zbytecznem. (*Arch. f. Ohrenh.* B. 13, H. 2—3). *Dr. Spira.*

III. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33.)

III Posiedzenie.

Środa dnia 13 lipca.

I wykład. Prof. Browicz: O teoryi pasorzytniczéj raka.

Prelegent zestawia dokładnie historyę teoryi pasorzytniczéj raka od czasu, kiedy za przyczynę etyologiczną wywołującą raka uważano mikroby (koki i bakterye) znachodzące się w mnogiéj ilości w nowotworach głównie rozpadających się, wrzodziejących. Gdy badania bliższe wykazały, że bakterye te mogą mieć tylko wpływ na wzrost i degeneracyę nowotworów i prawdopodobnie są jedną bodaj czy nie główną przyczyną zmian ogólnych ustroju, jakie występują wobec licznych nowotworów rozpadających się (charłactwo i t. d.), a nie mają bezpośredniego znaczenia etyologicznego, weszła teorya o pochodzeniu pasorzytniczem raka na inne tory. Zwrócono się do pierwotniaków *(protozoa)*, które w patologii mają niewątpliwe znaczenie. Wszystkie prace, które w tym kierunku wyszły opierają się jedynie tylko na badaniu histologicznem, które wykazało obecność tworów podobnych do pierwotniaków w rakach, a mianowicie w komórkach przybłonkowych.

Prelegent również badał histologicznie różne odmiany raków znajdujących się w różnych okresach rozwoju. Wyniki tych badań są następujące: przedewszystkiem nie w każdym przypadku raka znajdują się twory, a w tych, w których są, ilość ich i jakość jest nadzwyczaj zmienną. I tak np. podczas gdy w raku skórnym ilość tworów tych jest bardzo nieznaczną, to w rakach gruczołowych np. sutka, nerki, wątroby i t. p. są one nader liczne. Biorąc pod uwagę wiek komórek rakowych, zauważamy, że w komórkach na obwodzie leżących, a więc najmłodszych i dopiero rozwijających się, tworów tych nie ma, a za to w wielkiéj ilości znachodzą się w komórkach środkowych, starszych. Podobnie nie znajdujemy ich w prawidłowéj warstwie przyskórka tuż po nad ogniskiem rakowem, lecz w ogniskach raka tuż pod przyskórkiem się rozwijających, co oddzielaniem się ciągłem przybłonka wytłomaczyć sobie można. Wreszcie w przerzutach rozwijających się, zaledwie wolnem okiem dostrzegalnych, Prof. Browicz albo wcale tych tworów nie znajdował albo bardzo mało, szczegół świadczący przeciw ich znaczeniu etyologicznemu; albowiem gdyby one były w związku przyczynowym z rakiem, powinniśmy je znajdować stale w przerzutach świeżych w znacznéj ilości.

Badając tkanki rakowe, przekonał się prelegent, że twory omawiane pod względem postaci, budowy, zachowania się wobec barwików w jednym i tym samym przypadku i w tym samym guzie rakowym, nawet w jednym preparacie, przedstawiają bardzo znaczną różnorodność, nie mając żadnéj wspólnéj cechy gatunkowéj. Różnic, któreby zależały od rozmaitych faz rozwoju, tak jak je n. p. przedstawiają plasmodye zimnicze, pochwycić tu jednak nie można. Co więcéj, w preparatach mikroskopowych z twardziela (*rhinoscleroma)*, a więc sprawy chorobowéj etyologicznie ustalonéj, znalazł prelegent twory nadzwyczaj zbliżone do tych które spotykamy w rakach. Okoliczność ta skłoniła prof B. do podjęcia studyjów porównawczych nad zachowaniem się częścią przybłonków, częścią śródbłonków w stanach chorobowych chronicznych różnéj natury. W preparatach z gru-

czołów limfatycznych gruźliczo zmienionych znalazł też wśród komórek wchodzących w skład tak zwanych pasm limfatycznych bardzo różnorodne twory zbliżone postaciowo a nawet zachowaniem się wobec barwików do tych tworów, które spotykamy w rakach. Daléj badając płuca zajęte gruźlicą przewlekłą, oraz dotknięte zapaleniem przewlekłem, w których to przypadkach resorbcyja nie przychodzi do skutku, znachodził prelegent w komórkach przybłonkowych wypełniających pęcherzyki znowu owe twory charakterystyczne, jakie spotykamy w komórkach rakowych. Wreszcie w preparatach pochodzących z innych nowotworów podobne twory spotykał prelegent, a jeden taki preparat pochodzący z *sarcoma conjunctivae recidivum*, który prelegent otrzymał od Dra Kamockiego z Warszawy, wyjaśnia powstawanie niektórych tworów z jądra komórek mianowicie tworów o podwójnych obrysach przypominających *coccidia*. Prof. Browicz opisuje też dokładnie wszystkie postacie przejściowe poczynające się od wakuolizacyi jądra.

Jeżeli wreszcie uwzględnimy zmiany, jakim ulegają leukocyty wnikające w komórki przybłonkowe, to przyjdziemy do przekonania, że twory opisywane są produktami degeneracyjnemi częścią jąder komórek przybłonkowych samych (a wielojądrowe komórki przybłonkowe są nader częste) częścią leukocytów, które do wnętrza komórek przybłonkowych, jakoteż limfoidalnych wnikają. W części są to także produkta degeneracyjne samych komórek przybłonkowych, albowiem znany jest fakt, że tak samo jak wnikają mocą swéj samodzielności leukocyty w komórki inne i tam ulegają rozmaitym przeobrażeniom, tak samo istnieje inwaginacyja komórek przybłonkowych.

Zestawiwszy wszystkie szczegóły t. j. brak tworów tych opisywanych przez różnych autorów w pewnych przypadkach raków, brak tychże w młodych, rozwijających się rakach, zachowanie się obwodowych najmłodszych komórek rakowych, zachowanie się ognisk przerzutowych przedstawiających początkowy okres rozwoju, różnorodność postaciową, któréj nie można pogodzić z jakąś cechą gatunkową tych tworów, uwzględniwszy wreszcie fakt, że twory podobne napotykał w najróżnorodniejszych sprawach chorobowych etyjologicznie już ściśle określonych, dochodzi prelegent do wniosku, że twory te nie są pasorzytami, lecz tylko tworami degeneracyjnemi istoty chromatycznéj jąder komórkowych, leukocytów i samych komórek przybłonkowych. A więc na podstawie badania histologicznego nie można się zgodzić z zapatrywaniami tych, którzy również na podstawie li tylko badania histologicznego uważają te twory za pasorzyty.

Zresztą prosta refleksyja wystarczy do obalenia tego zapatrywania, jeżeli uwzględnimy zmiany anatomiczne, które powstają pod wpływem pasorzytów dotychczas znanych; nie napotykamy bowiem nigdzie téj typowéj budowy narządowéj, jaką przedstawia rak.

Również przeszczepienie raka nie napotykałoby na tak znaczne trudności, gdyby powstawanie tych nowotworów było na tle pasorzytniczem. Przerzuty raka, które nie są niczem innem jak tylko przeszczepieniem tkanki rakowéj z pierwotnego ogniska w inne miejsca, zachowują wszędzie wszystkie cechy macierzystego nowotworu, a więc n. p. typ gruczołakowo-rakowy nawet w mózgu, płucach i t. d., jeżeli rak pierwotny wychodzący n. p. z żołądka typ ten posiada. Takby się rzecz nie miała, gdyby przerzuty nie były wyrazem przeszczepiania tkanki, lecz przeszczepiania pasorzytów. Te ostatnie bowiem wywoływałyby zmiany wśród tkanki łącznéj narządu, do którego naniesione zostały.

Po wykładzie tym, który zgromadzeni nagrodzili długotrwałemi oklaskami, odłożył przewodniczący dyskusyję i nastąpił wykład Dra Webra: (Lwów) O przerzutach raka.

Prelegent przytacza z literatury cały szereg przypadków, w których na powierzchni błon śluzowych, lub powłok zewnętrznych w miejscach zetknięcia z jakiemś owrzodzeniem rakowem, rozwijał się rak. I tak Lücke opisał przypadek raka po lewéj stronie języka, do którego przyłączył się następnie rak policzka na odpowiedniem miejscu zetknięcia. W jednym przypadku Kaufmanna chory dotknięty rakiem ręki po stronie grzbietowéj w następstwie wycierania ócz ręką nabawił się raka spojówki. Z kliniki krakowskiéj znane są przypadki raka wargi dolnéj, w których występował na wardze górnéj na odpowiedniem miejscu zetknięcia rak, podczas gdy kąt ust pozostał wolnym. Podobnych przypadków mnóstwo znajdujemy w literaturze angielskiéj i amerykańskiéj.

Nawiązując do tego okazuje prelegent preparat macicy, którą wyłuszczył z powodu raka. Tylna warga macicy zajęta była rakiem wypełniającym całą pochwę, a gdy wyłuszczono macicę z wielką częścią tylnéj ściany pochwy, okazało się, że na błonie śluzowéj pochwy, w miejscu stykającem się z owrzodzeniem rakowem wargi, znajduje się guzek rakowy oddzielony od raka macicy prawidłową błoną śluzową. Są pewne wątpliwości, czy w tym przypadku rak błony śluzowéj pochwy powstał wprost przez zetknięcie, czy też może drogą przerzutów. Za tą ostatnią alternatywą przemawiałyby preparaty drobnowidowe, w których widać, że naczynia limfatyczne łączące raka pierwotnego macicy, z rakiem następowym pochwy, wypełnione są komórkami rakowemi, jednakże można także przypuścić, że ta komunikacyja przez naczynia limfatyczne powstała dopiero następowo, już po zjawieniu się ogniska na błonie śluzowéj pochwy. (C. d. n.)

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 sierpnia. W jednym z tygodników niemieckich czytamy: Największem niebezpieczeństwem grozi cholera w miesiącu sierpniu, nietylko ze względu na kanikułę i obfitość owoców, lecz głównie z powodu pory ogórkowéj gazet politycznych, gdyż te w pogoni za nowinami, któremi trzeba koniecznie wypełnić szpalty dziennika, chwytają każdą prawdziwą czy zmyśloną wieść i przerażają publiczność.

Te trwogę siejące wieści mają jednak swoją dobrą stronę, że pobudzają władze do większéj czujności, ludność do wypełniania poleconych przepisów ostrożności, a prostowanie zmyślonych pogłosek uspokaja strwożonych.

W tych dniach rozeszły się pogłoski o pojawieniu się cholery w powiatach: brodzkim, jaworowskim i kolomyjskim. Dochodzenia c. k. Namiestnictwa stwierdziły jednak bezzasadność tych wieści.

Tak samo donoszą urzędowe dzienniki, że w całem Królestwie Polskiem nie stwierdzono dotąd urzędownie lub naukowo ani jednego przypadku cholery, mimo przebywania tam osób z miejscowości cholerycznych. W Rosyi jednak epidemija postępuje, z Petersburga już urzędownie donoszą o coraz liczniejszych przypadkach cholery w tem mieście.

W Persyi sroży się cholera z całą gwałtownością a jéj ofiarą padł już jeden z naszych rodaków, Dr. Wierzbicki w Teheranie.

* Do dnia 8 sierpnia było w Krynicy gości 3788, — w Truskawcu do 6 sierpnia 1020, — w Pyszczanach do d. 12 sierpnia 3035, — w Szczawnicy do d. 7 sierpnia gości 2290.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. Murdzieński.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 27 Sierpnia 1892. Nr. 35.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pérès.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego i zakładu chemii lekarskiej prof. Dra Stopczańskiego.

Kilka uwag o metodach oznaczania ilościowego kwasu solnego w treści żołądkowéj.

Podali

Dr. J. Opieński asystent chemii lek. i Dr. J. Rosenzweig asystent kliniki lek.

Od czasu kiedy badanie chemiczne żołądka tak ważne zajęło stanowisko w rozpoznawaniu chorób tegoż narządu i w postępowaniu leczniczem, że bez tego badania dziś już obejść się nie można, starano się wyszukać metodę, za pomocą której możnaby dokladnie oznaczyć całą ilość wydzielanego w żołądku kwasu solnego. Wiele też metod rozmaitych podano (Cahn-Mering, Hebner-Seeman, Sjöquist, Bourget, Leo, Mintz, Hoffmann i inni) a łatwo już z ich liczby przypuścić, że każda z tych metod musi mieć ważne ujemne strony, kiedy starano się o coraz to nowe, bo jak to zwykle bywa, gdzie jeden sposób jest bezwzględnie pewny, a wykonanie jego łatwe, tam nowych sposobów nie wyszukujemy.

Każda z podanych metod uległa też wkrótce krytyce odnoszącej się głównie do dokładności, z jaką wykazuje ilość kwasu solnego. Jedni badacze uznali niektóre z podanych metod za dostateczne do celów klinicznych i naukowych, inni twierdzą, że prawie żadna nie jest wolną od błędów, a i te, w których błędy są bardzo nieznaczne, wykonywać można tylko w pracowniach chemicznych, nie nadają się więc do celów klinicznych, a tem mniéj do praktyki lekarskiéj, gdyż wymagają wiele czasu, przyborów i odczynników.

W Nrze 13 i 14 *Deut. med. Wschrft* z r. 1892 ogłasza Rosenheim spostrzeżenia swe nad zachowaniem się wolnego kwasu solnego za zbyt skomplikowane, by je można było użyć do celów praktycznych, przychodzi do wniosku, że oznaczanie ilości wolnego kwasu solnego według metody Mintza lub zmodyfikowanéj Rosenheima, jest dostateczne do oznaczenia stanu żołądka pod względem jego zdolności wydzielniczej. Nie wdając się w ocenianie spostrzeżeń i wywodów Rosenheima, przytoczyć należy, że sposób ten mógłby może być dostatecznym do celów praktycznych (nigdy naukowych), ale tylko w tych przypadkach, w których kwas solny wolny w treści żołądkowéj się znajduje. Sam Rosenheim już na to zwraca uwagę nadmieniając, że badając treść, w któréj kw. solnego wolnego niema, trzeba użyć innéj metody.

Z powyżéj przytoczonéj pracy R. widać, że o ile dotychczas sadzono się, aby koniecznie wynaleść metodę dokładnego i ilościowego oznaczania kw. solnego do tego stopnia, że jak to Boas (*Deut. med. Wschrft.* Nr. 51, 1891) dowcipnie się wyraził: „*Die Salzsäurebestimmung, das einstige Lieblingskind der Magenpathologie, das aber nachgerade zum enfant terrible zu werden beginnt*“, tak obecnie dokonywa się zwrot, mający na celu ominięcie tego, jak się pokazuje, dosyć trudnego zadania.

Z licznych sporów tyczących się wartości poszczególnych metod, zwraca przedewszystkiem uwagę różność zdań w ocenianiu sposobu Sjöquista, a to dlatego, że metody téj wielu klinicystów używało do naukowych badań. Leo n. p. twierdzi, że metodą Sjöquista popełnia się duże błędy, a stwierdza to, porównywając wyniki tą metodą otrzymane z wynikami badań według własnego sposobu przedsiębranych. Ilość kw. solnego według Sjöquista oznaczona, wypada zdaniem Lea[1]) w zbyt niskich cyfrach, a to przy obecności większéj ilości fosforanow (mleko), które jako fosforany kwaśne tworzą z $BaCl_2$ przy ogrzaniu osad nierozpuszczalny fosforanu barowego, część więc $BaCl_2$ zostaje stracona. Błąd ztąd wynikający może jego zdaniem dochodzić do 70%. Wykazuje on nadto zgodnie z Salkowskim[2]), że sposób Sjöquista nietylko ilość kw.

[1]) *Deut. med. Wschrft.* Nr. 41, 1891. — [2]) *Virchow. Archiv.* Bd. 122, s. 235.

solnego oznacza, ale i związki jego z zasadami organicznemi i nieorganicznemi, ta ujemna strona powiększająca znowu cyfrę oznaczającą kw. solny nie ma jednak wielkiego znaczenia, gdyż w treści żołądkowéj związków powyższych jest bardzo mała ilość. Dmochowski[1]) uważa sposób Sj. za błędny i na błędnéj oparty podstawie, gdyż w doświadczeniach swoich przekonał się, że chlorek barowy wśród żarzenia rozkłada się, tracąc część chloru i że ztąd wielokrotne powstają błędy, gdyż część powstałego wodnika barowego zmienia się w węglan barowy nierozpuszczalny, a że oprócz tego pierwotnie dodany węglan barowy przy żarzeniu również się rozkłada, tworząc wodnik borowy.

Mintz[2]) również w doświadczeniach swoich otrzymywał metodą Sj. 20 i 30% kwasu solnego mniéj niż go dawał.

Rosenheim[3]) przeciwnie uważa metodę Sj. za zupełnie ścisłą i wykazuje to, porównywając cyfry wyrażające całą kwasotę badanych soków żołądkowych z cyframi wykazującemi całę ilość kw. solnego według Sj. otrzymanemi. Co do fosforanów, to ilość takowych w soku żołądkowym (po bułce i herbacie) jest bardzo duża i wpływ ich na oznaczenie ilości kw. solnego musiałby być według twierdzenia Lea bardzo znaczny, tak jednak nie jest, według wyników badań R. w cyfrach uwidocznionych.

O metodzie Seemanna wyrażają się korzystnie Mizerski i Nencki; błędy pojawiające się czasem przy oznaczaniu kw. solnego tą metodą, mają pochodzić od kw. siarkowego, który się tworzy podczas prażenia pozostałości soku z zawartéj w białku i peptonie siarki. Przyczynę tegoż błędu radzą M. i N. usuwać, strącając ze soku zalkalizowanego białko i pepton za pomocą taniny. Najdokładniejszą jest według doświadczeń M. i N. metoda chlorometryczna, którą zwią metodą Prout-Wintera.

Chcąc z powyżéj przytoczonych metod wybrać najściściślejszą, a zarazem dającą się najłatwiéj w praktyce wykonać postanowiliśmy rozpatrzeć się w nich i przeprowadzić szereg doświadczeń, którcby pozwoliły nam dojść do własnego zdania w téj mierze, przyczem zaznaczamy na wstępie już to, że głównie chodziło nam o praktyczną stronę, tj. o możność łatwego poznania własności wydzielniczéj żołądka w danym przypadku chorobowym.

Za najłatwicjsze w wykonaniu a więc z naszego stanowiska praktycznego na uwzględnienie zasługujące, musieliśmy uznać metody: Sjöquista, Seemanna i Mintza. Zajęliśmy się więc kontrolowaniem tychże metod, uważając jednak metodę Mintza (wykazującą tylko wolny kw. solny) o tyle tylko za mogącą służyć do rozpoznawania chorób żołądka, o ile proponowany przez Rosenheima sposób wnioskowania o całéj ilości wydzielonego kw. solnego z ilości tegoż w stanie wolnym. dałby się w pewnych razach zastosować do celów rozpoznawczych.

Badania nasze wykonywaliśmy na sokach sztucznych o wiadomych ilościach kw. solnego a przedstawiają się one jak następuje:

Doświadczenie I.

Do badania wzięto $^1/_{10}$ N. HCl, tj. roczyn 0,365% = kwasocie 100.

Metodą:	Sjöquista	Seemanna	Mintza
wykazano ilość HCl	0,3344	0,365	0,3595
= kwasocie	91·61	100	98·5

Doświadczenie II.

Do badania wzięto 100 cm. $^1/_{10}$ N. HCl + 100 ccm 3% roztworu białka jaja,

tj. ilość kwasu solnego = 0,1825% = kwasota 50.

Metodą:	Sjöquista	Seemanna	Mintza
wykazano ilość HCl	0,1558	0,1679	0,0876
= kwasocie	42·6	46	23·9

Doświadczenie III.

Do badania wzięto kwas solny z białkiem jaja i kwasem szczawiowym 50 ctm. $^1/_{20}$ N. HCl + 25 cm. $^1/_{10}$ N. O.

tj. ilość kwasu solnego = 0,1216% = kwasota 33·32
" " szczawiow. = 0,21% = " 57·5
Ogólna kwasota = 90·82

Metodą:	Sjöquista	Semanna	Mintza
wykazano ilość HCl	0,1026	0,17520	0,1277
= kwasocie	28·38	48	34·9

Doświadczenie IV.

Wzięto do badania kwas solny z białkiem jaja, kwasem szczawiow. z dodatkiem peptonu,

ilość kw. solnego = 0,1216% = kwasota (od HCl) = 33·32

Metodą:	Sjöquista	Seemanna	Mintza
wykazano ilość % HCl	0,0901	0,14	0,05835
o kwasocie	24·7	38·3	15·9

Doświadczenie V.

Wzięto do badania kwas solny z białkiem i poddano trawieniu za pomocą pepsyny, a mianowicie 100 cc. $^1/_{10}$ N. HCl + 3 gr. białka jaja ściętego + 1 gr. pepsyny wytrawiono w termostacie przez 24 godzin.

Ilość kwasu solnego = 0,365% = kwasota 100.

Białko rozpuściło się zupełnie, ciecz mętnawa, opalizująca, wykazuje ślady białka i propeptonu, peptony w znacznéj ilości.

Metodą:	Sjöquista	Seemanna	Mintza
wykazano ilość % HCl	0,2888	0,3285	0,21165
o kwasocie	79·12	90	57·9

Doświadczenie VI.

Doświadczenie V. powtórzono raz jeszcze:

Metodą:	Sjöquista	Seemanna	Mintza
wykazano ilość % HCl	0,2584	0,35405	0,234
o kwasocie	70·75	97	64·1

Doświadczenie VII.

Taki sam kwas solny z białkiem poddano trawieniu z pepsyną z dodatkiem 3 kropli czystego kw. mlekowego, ilość HCl 0,365% = kwasota (od HCl) = 100.

Metodą:	Sjöquista	Seemanna	Mintza
wykazano ilość % HCl	0·2622	0,36865	0,2993
o kwasocie	71·8	101	82

Doświadczenie VIII.

Kwas solny $^1/_{20}$ N. poddany trawieniu białkowemu z pepsyną z dodatkiem 3 kropli kw. mlekowego, soli kuchennéj i fosforanu sodowego.

tj. ilość HCl = 0,1825% = kwasota 50 (od kw. solnego)

Metodą:	Sjöquista	Seemanna	Mintza
wykazano ilość % HCl	0,1254	0,1606	0,0474
o kwasocie	34·36	44	12·98

Na podstawie wyżéj podanych doświadczeń przychodzimy do wniosków następujących:

1) Najmniejsze błędy, tak przy uskutecznianiu oznaczenia jakoteż w wyniku tegoż, przedstawia metoda Hehner-Seemann. Różnice są przeciętnie na 0,03, i to *in* + lub —. Chcąc uniknąć błędu *in* +, należy tylko dokładnie wyżarzyć —. W doświadczeniach III i IV dokładności téj nie zachowaliśmy i ztąd wynik za wysoki.

---

[1]) *Gaz. Lek.* Nr. 34, 1891. — [2]) *Gaz. Lek.* Nr. 33, 1890. — [3]) *Deut. med. Wschrft.* Nr. 49, 1891.

2) Błędy metody téj leżą również w samym wskaźniku, przekonaliśmy się bowiem niejednokrotnie, iż używając jako wskaźnika lakmusu, byliśmy w wątpliwości, którą cyfrę wziąć jako stanowczą, gdyż granice czułości wahają się np. od 4, 7 cc $^1/_{10}$ norm. NaOH do 5·1 lub od 9·9—11·0; pożądanem byłoby więc uskuteczniać oznaczenia na papierku lakmusowym czułym (fijołkowym) a nie z rozczynem lakmusu. Inne wskaźniki jak np. kw. osolowy nie przedstawiają wobec lakmusu żadnych zalet.

3) Metoda Sjöquista pomijając dość zawiły sposób przyrządzenia rozczynów mianowanych i pomijając brak zupełnie odpowiedniego wskaźnika, wykazuje znaczniejsze błędy i jak z naszych doświadczeń wynika, zawsze *in minus*, według doświadczeń innych badaczy *in plus*. Zdaniem naszem pierwszy błąd powstaje skutkiem zbyt słabego żarzenia, drugi skutkiem zbyt silnego żarzenia, — pomijając już błędy wykazane przez Dmochowskiego (l. c.).

4) Metoda Mintza, uwzględniając to, że określa kwas solny wyłącznie wolny w danéj chwili, daje wyniki bardzo różnorakie. Wynik jest tu wielce zależnym od ilości i jakości ciał znajdujących się w treści żołądkowéj. Uwzględniając daléj, że czułość oddziaływania nie jest zbyt ściśle podaną, sposób ten do ściślejszych badań się nie nadaje, jak to z wyżej przytoczonych doświadczeń się okazuje, gdzie nieraz o 15 centigrm różny wynik otrzymaliśmy (doświadczenie VIII, IV).

Pomijamy już tu kwestyję znaczenia metody Mintza dla rozpoznania czynności żołądka, dla którego to celu ilość wyłącznie wolnego kwasu solnego jest podrzędniejszą, gdyż zależy ona w pierwszym rzędzie od wielu bliżéj jeszcze nie określonych warunków.

Otrzymawszy więc tak nierówne wyniki, staraliśmy się o porównanie wyników tych z oznaczeniem jakąś metodą nie kliniczną, lecz ściśle analityczno-chemiczną. Bliskim urzeczywistnienia zdawał się być sposób użyty jeszcze przez Biddera, Prouta i Schmidta, dla udowodnienia jakościowego wolnego kwasu solnego, t. j. oddzielenie kw. solnego przez destylacyję i oznaczenie następne przez miareczkowanie $^1/_{10}$ N. rozczynem azotanu srebrowego. Z doświadczeń przez jednego z nas dokonanych w tym kierunku wynika jednak, iż do ilościowego oznaczenia sposób ten do dziś dnia zastosowac się nie da, znaczne bowiem ilości kw. solnego zostają w pozostałości od przekroplenia.

Do dziś dnia więc najlepszą metodą, jaką nauka dla użytku klinicystów i lekarzy praktycznych rozporządza, jest metoda Seemanna, choćby już i z tego względu, że w jednéj i téj saméj próbce dowiadujemy się o ogólnéj kwasocie, jakoteż o kwasocie kwasu solnego z jednéj, a kwasów tłuszczowych z drugiéj strony.

II. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Brintou: **Ożanka czosnkowa** (*teucrium scordium*) **w leczeniu świądu rzyci.**

B. przekonał się, że liście ożanki polecone dawniéj przez Lebela przeciwko świądowi rzyci, wywołanemu świeżemi hemoroidami, są istotnie znakomitym środkiem. Poleca on proszek z liści ożanki używać 3 razy dziennie w dawce od 0·60 do 0·72 z wodą, na pół godziny przed jedzeniem. Już po upływie 8—10 dni stosowania leku tego ustaje świąd, jeśli jest wywołanym przez świeże hemoroidy; w zadawnionych sprawia tylko nieznaczną ulgę. W przypadkach świądu sromu lek ten zawiódł zupełnie. (*Gazette médic. de Paris* 1892, Nr, 26).

Toksykologija.

Reissz: **Otrucie jadem kiełbasowym.**

Rodzina złożona z siedmiu członków spożyła kiełbasę częścią w surowym stanie, częścią zaś smażoną. Kiełbasa miała smak nieco kwaskowaty, a woń nieco stęchłą. W dzień po jéj spożyciu wystąpiły u wszystkich członków téj rodziny wymioty, zaparcie żywota i mocne osłabienie; usta i przełyk były suche, a nadto u kilku członków nastąpiło osłabienie wzroku i podwójne widzenie. U wszystkich tętno stało się nikłem i małem, źrenice rozszerzyły się, nadto wystąpiły *ptosis* powiek, znaczna duszność, trudność w połykaniu, głos oschły i chrypliwy. Matka rodziny wśród podniesionéj ciepłoty ciała zmarła 7 dnia choroby. Sekcyja wykazała obok obrzęku śledziony i ostrego nieżytu żołądka, przekrwienie opon, mózgu i narządu oddechowego. U reszty członków rodziny nastało 14 dnia polepszenie, ale suchość w jamie ustnéj i trudność w połykaniu istniały jeszcze w 42 dniu choroby. (*Wiener med. Presse* Nr. 49). *Dr. Wachholz.*

Choroby skórne i weneryczne.

Braun: **O kilku sposobach stosowania maści lanolinowych.**

B. stosuje w przebiegu rzeżączki u kobiet środki przeciwrzeżączkowe w połączeniu z lanoliną z wynikiem wcale pomyślnym. W rzeżączce przewlekłéj pochwy stosował z początku tampony napojone 10% *extractum Ratanhiae* (Rp. *Extr. Ratanh. 10,00, Ol. olivar. 10,00, Lanolini 80,00*) a przekonawszy się, że chore znoszą takie tampony dobrze, próbował tamponów lanolinowych z *cuprum sulfuricum*, z sublimatem i z azotanem srebrowym. W świeżych przypadkach rzeżączki zaleca tylko spokój i przestrzykiwania pochwy naparem rumianku lub siemienia lnianego. Po ustąpieniu zaś okresu zapalnego stosuje 10% rozczyn siarkanu miedziowego, wlewając takowy do wziernika wstawionego w pochwę, poczem wkłada tampon powleczony lanoliną z dodatkiem *unguent. emolliens*. Po 12 godzinach usuwa tampon i przestrzykuje pochwę letnią wodą. Stosownie do wystąpienia reakcyi powtarza to postępowanie co drugi lub trzeci dzień, a w przerwach pacyjentka przestrzykuje sobie pochwę raz wodą letnią, drugi raz 1% rozczynem *zincum sulfuricum* lub słabym roztworem sublimatu. W przypadkach uporczywych używa B. silniejszego rozczynu siarkanu miedziowego (20%) albo 2—10% azotanu srebrowego. Jeżeli rzeżączka okazuje dążność do przejścia w przewlekłą, zakłada autor tampony napojone maścią z *cupr. sulf.* (Rp. *Cupr. sulfur. 3·0—5·0, ung. emoll. 20·0, Lanolini Liebreich 75·0—77·0*), która to maść działa na ścianę całéj pochwy, wchodzi we wszystkie jéj zakątki, a dzięki swym własnościom przeciwgnilnym, wstrzymuje rozkład wydzieliny pochwowéj.

Wyniki, jakie autor tą metodą leczenia otrzymał, mają być bardzo dobre, erozyje i owrzodzenia na części pochwowéj macicy szybko się goją, katar szyjki również ustępuje.

Podobnie dobre wyniki ma autor do wykazania ze stosowania maści lanolinowéj z 1% *zincum sulfuricum* w *vulvitis* u dzieci i starszych dziewcząt. Wreszcie zachwala autor jodoform w postaci maści lanolinowéj na wrzody kiłowe (Rp. *Jodoform 5·0, ungt. emoll. 10·0, lanolini 35·0*), którą to maść stosował z nader dobrym skutkiem. (Osobne odbicie z *Aerztl. Cntr. Anzeiger.*) *B. . k.*

Kromayer: **Leczenie figówki** (*sycosis*).

Rozróżniamy dwie formy figówki, tj. zwykłą i grzybkową. Pierwszą wywołują stafilokoki, drugą zaś grzybek *trychofyton tonsurans*. Ponieważ choroba się szerzy przez autoinfekcyję przybłonka a nie drogą naczyń limfatycznych, dlatego racyjonalne leczenie musi zadość uczynić dwom wskazaniom, mianowicie: musi przeszkodzić dalszemu rozszerzaniu się pasorzytów, a miejsca już zakażone musi do stanu normalnego doprowadzić. Chcąc pierwszemu wskazaniu podołać, należałoby pasorzyty zniszczyć; gdy atoli odpowiedniego środka nie posiadamy, ograniczyć się należy do zniesienia stanu zapalnego ochronnem ustaleniem skóry i znie-

sieniem chorobowego jej napięcia. Ustala się skórę jakąkolwiek dobrze przylegającą maścią, a K. poleca pastę: Rp. *Ac. tannici 2,00, Sulfur. praecip. 4,00, Zinci oxyd., Amyli āā 7,00, Vasel. fl. amer. 20,00.*

Stan napięcia skóry znosi się epilacyjami. Zbite nacieki i twarde guzki usuwa się albo nacięciem, skaryfikacyjami lub okładami wysychającymi. Krosty tworzące się koło włosów należy przekłuwać i dobrze przyżegnąć lapisem. — Celem uniknięcia nawrotów zaleca się wyrywać nawet zdrowe włosy i zwilżać chorą część skóry rozczynem wyskokowym sublimatu (1:99) dwa razy dziennie tj. rano i wieczór.

Całość zatem leczenia figówki jest następującą: Wieczorem po starannem ogoleniu włosów oddzielenie strupów ciepłą wodą, zwilżenie sublimatem, opatrzenie maścią względnie pastą. Rano: zdjęcie opatrunku, oczyszczenie skóry z resztek maści i strupów płynnym tłuszczem, np. parafiną, zwilżenie sublimatem, opatrzenie maścią, lub gdy to z powodu zajęć dziennych niemożliwe, zapudrowanie. *(Therap. Monatshefte*, 1892, Nr. 4). *Dr. Wachholz.*

Choroby uszne.

Hildebrandt (Berlin): **Drugi przypadek uszkodzenia opuszki żyły szyjnéj wewnętrznéj podczas przebicia błony bębenkowéj.**

Nawiązując do przypadku Ludwika, podaje H. podobne zajście, zasługujące z powodu rzadkości na ogłoszenie. Dziecko 4 letnie dotknięte było od czasu przebycia odry cierpieniem ucha. Nagle wystąpiły gwałtowne bóle w uchu prawem, a przy badaniu okazała się błona bęb. bez połysku, zaczerwienioną, w dolnym tylnym odcinku wypukłą. Po wykonaniu punkcyi wytrysnął strumień ciemnéj krwi z rany. Natychmiastowe zatamponowanie ograniczyło utratę krwi do 100 cm. sz. W dwa dni późniéj rana była zagojoną a w tylnym dolnym odcinku błony bęb. widoczne było niebieskawo-czerwone wypuklenie wielkości grochu. Kilkakrotne badanie wykazywało, że wymiary wypuklenia zmieniały się i wahały w pewnych granicach. Że wypuklenie to rzeczywiście uważać należy za opuszkę żyły szyjnéj wewnętrznéj na dnie jamy bęb. przebitą dowodzi zjawisko, że odbicie się światła na przednim dolnym odcinku błony bęb. zmieniało postać przy silnem uciskaniu żyły szyjnéj wewnętrznéj po prawéj stronie szyi. Nadmienić jeszcze należy, że żyły prawéj połowy twarzy, szczególnie żyła szyjna zewnętrzna, twarzowa przednia i tylna w przypadku przytoczonym były pełniejsze i szersze, niż odpowiednie żyły po drugiéj stronie. Dalszéj szkody z uszkodzenia żyły chora nie doznała żadnéj. (*Archiv für Ohrenheilkunde*, Bd. 30, H. 3).

Müller (Halle): **O przypadku krwawienia z żyły szyjnéj podczas przekłuwania błony bęb.**

Autor omawia wskazania do przekłucia błony bęb., sposób wykonania, jakoteż pojawianie się pęknięć na dnie jamy bęb. Na podstawie badań 364 przypadków twierdzi, że o ukształtowaniu i wymiarach *fossa jugularis* nic stanowczego wyrzec nie można. Raz przeważa średnica w osi czołowéj, w innym przypadku w osi strzałowéj. Dołek może być spłaszczony, albo też napotyka się w jego miejscu lekko wyniosły garb, a wtedy warstwa kostna oddzielająca jamę bęb. od dołka szyjnego jest dość grubą. Innym razem znowu zauważa się nadzwyczaj głębokie wyżłobienie, a przegrodę kostną cienką, przeźroczystą, posiadającą otwory i szpary. Na 100 przypadków uważał autor 15 razy przeźroczystość przegrody kostnéj, 13 razy ubytki. Wobec tego należy być bardzo ostrożnym w zabiegach operacyjnych na błonie bęb. i zawsze mieć przed oczyma możność wpuklenia się żyły szyjnéj do jamy bęb., jak to się stało w przypadku Ludwika przez autora przytoczonym. *Dr. Spira.*

Medycyna sądowa.

Prof. Falk (Berlin): **Otrucie benzyną z zejściem śmiertelnem.**

Dwuletni chłopczyk połknął nieco benzyny, używanéj do wywabiania plam tłustych ze sukni. W 10 minut potem zmarł, mimo iż podano mu nieco mleka, a lekarz zawezwany wypróżnił żołądek za pomocą pompy. Przy sekcyi obok woni gazów gnilnych można było wyczuć w żołądku dokładnie woń benzyny. Wynik sekcyi był zresztą ujemny, a orzeczenie nie mogło inaczéj opiewać, jak tylko „iż nic nie przemawia przeciwko przypuszczeniu, iż dziecię zmarło z powodu otrucia benzyną“. (*Vierteljsch. f. ger. Med.* 1892, t. III, z. 2). *Dr. Wachholz.*

III. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

III wykład. Dr. Kryński: „O tworach w komórkach z różnych postaci wola“.

Prelegent zwraca uwagę na twory, które znachodzą się w wakuolach mas koloidalnych gruczołu tarczykowego. Twory te posiadają albo postać kulistą, barwią się silnie i układają się podobnie jak *zooglaea*, albo też mają postać dużych ciałek o pierwoszczy zupełnie jednostajnéj lub też okazującéj pewien układ istoty chromatynowéj silnie się barwiącéj. Twory te spotykał Dr. K. w wszystkich postaciach wola i to tylko w wakuolach, nigdy zaś w komórkach przybłonkowych. Cechującą dla nich jest to, że posiadają podwójne kontury. Zewnętrzna otoczka barwi się dobrze hematoksyliną, wewnętrzny kontur wyraźniejszy barwi się lepiéj safraniną. Zastanawiając się nad pochodzeniem opisanych tworów, wyklucza prelegent przypuszczenie, że mogłyby one być produktami degeneracyjnemi, a to z tego względu, że znajdujemy je wewnątrz mas koloidowo zwyrodnionych, a nigdy w przybłonkach. Czy twory te mają jakie znaczenie etyjologiczne w powstawaniu wola, rozstrzygnąć na razie niepodobna, jakkolwiek pochodzenie pasorzytnicze wola, na podstawie spostrzeżeń klinicznych ma za sobą wiele prawdopodobieństwa. Pasorzytów roślinnych, ktore Klebs opisał, Dr. Kryński w preparatach swych nie znajdował.

Dyskusyja nad trzema ostatnimi wykładami:

Dr. Wehr nie zgadza się z prof. Browiczem, aby teoryję o pasorzytności raków odrzucić w całości. Jakkolwiek badania Scheurleina, wykazujące prątki jako przyczynę wywołującą raka, nie wytrzymują krytyki, to przecież nie ma dowodu, aby protozoa opisywane przez innych nie były tym czynnikiem etyjologicznym. Zarzuty, które prof. Browicz przeciw teoryi pasorzytniczéj podniósł, mowcy nie przekonywają. I tak okoliczność, że nie zawsze twory te spotykamy, zdaniem mowcy niczego nie dowodzi, albowiem tak samo rzecz się ma w wielu chorobach notorycznie infekcyjnych, n. p. między innemi w gruźlicy. Również za dowód przeciwny teoryi nie uważa mowca rozmaitości kształtu tych tworów. Że z początku miesza się takie twory z postaciami zmian degeneracyjnych już znanych, jestto okoliczność, która wprawdzie utrudnia sprawę, ale nie wyklucza możności dokładnego ich odróżnienia. Podobnie rzecz się miała i z innemi mikrobami, np. z prątkiem wąglika, który uważano za twór krystaliczny, a który i obecnie z samego wejrzenia morfologicznego rozeznać i od innych prątków np. *bacillus subtilis* odróżnić jest rzeczą nader trudną. Najmniéj przekonywają Dra Wehra refleksyje prof. Browicza. Owszem według Dra W. wszystkie fakty i kliniczne spostrzeżenia przemawiają za pasorzytnością raka. Wszak przeszczepienia tak jemu jak i innym badaczom kompletnie się udały tak, że o ich wynikach dodatnich nikt już wątpić nie może. Że takie przeszczepianie jest trudne i rzadko się udaje, także niczego nie dowodzi, bo i promienicę trudno bardzo przeszczepić. — Przeszczepiając, musimy się starać o odpowiednie warunki odżywcze, któreby pozwalały rozwijać się przeniesionemu w to miejsce nowotworowi, a to właśnie nie zawsze się udaje. Przeszczepianie tkanki np. przybłonkowéj bujającéj z noworodka, nigdy nie sprowadza powstawania nowotworu,

a zatem przeszczepiając tkankę rakową musimy z nią przenosić coś, co ten rozwój nowotworu przyspiesza i utrzymuje.

Dr. Kryński podziela sceptycyzm prof. Br. co do znaczenia opisanych przez niego tworów, jednakże zapatrywanie, jakoby one nie były niczem innem jak tylko produktem zmian degeneracyjnych, uważa za zbyt krańcowe. Mowca sądzi, że są to prawdopodobnie twory uorganizowane, jakieś niższe pierwotniaki, które nie mają znaczenia etyjologicznego, a względnie są to saprofity, korzystające z materyjału dla nich dogodnego i w nim się rozwijające. Co do przeszczepienia, to choćby się ono łatwo udawało, nie dowodzi to jeszcze pasorzytności nowotworów, bo przeszczepianie jest aktem czysto fizyjologicznym od pasorzytów wcale nie zależnym. Z drugiéj strony trudność przeszczepiania znowu nie przemawia przeciw zakaźności, bo niektórych chorób zakaźnych jak *lues*, gruźlicy nie można na pewne zwierzęta przenosić.

Dr. Drobnik podnosi wielką trudność, jaką przedstawia badanie protozoów i wyraża ubolewanie, że dotąd nie zajmowali się badaniem tem wprawni zoologowie. W ostatnich czasach dopiero Karp w Lipsku wziął twory te za przedmiot swych dochodzeń.

Prof. Rydygier zwraca uwagę, że najbardziéj przekonywającym zarzutem prof. Browicza jest okoliczność, że twory uważane za przyczynę raka, znachodzą się także w *rhinoscleroma* i w tkance gruźliczéj.

Prof. Browicz odpowiadając Drowi Kryńskiemu zauważa, że gdyby rak był pochodzenia pasorzytniczego, przeszczepianie byłoby o wiele łatwiejsze, a porównanie, że nie można szczepić kiły, gruźlicy na pewne zwierzęta nie ma tu zastosowania, gdyż mowca mówił o szczepieniu raka na psy, które rakowi podlegają. W końcu wypowiada jeszcze mowca kilka uwag na zarzuty Dra Wehra i krytykuje wywody Dra Kryńskiego o zakaźnem pochodzeniu wola.

IV wykład. Prof. Jakubowski: „O raku nerki u dzieci".

Prelegent obserwował w szpitalu św. Ludwika raka nerki u 11-miesięcznego dziecka, a okazując preparat z téj nerki po sekcyi, nawięzuje kilka uwag o pojawianiu się raka nerki w wieku dziecięcym. Za życia przedstawiał się przez powłoki brzuszne guz dwa razy większy od głowy dziecka, miejscami twardy, miejscami chełboczący. Rozpoznano nowotwór złośliwy nerki prawéj na podstawie wejrzenia guza. Na sprawdzenie rozpoznania nie czekano długo, gdyż dziecko po 10—12 dniach wśród objawów wyniszczenia zmarło.

W ciągu 16 lat praktyki szpitalnéj jestto drugi przypadek raka nerki, który prelegent zauważył. Jestto cierpienie wogóle bardzo rzadkie, jak tego dowodzi literatura, którą prof. J. przytacza. Mowca zwraca się do chirurgów, zachęcając ich, aby próbowali raki takie o ile możności jaknajwcześniéj usuwać, gdyż rak nerki występuje tylko jednostronnie i późno tworzy przerzuty; Kocher też u 2½ letniego dziecka pierwszy wyłuszczył nerkę, dziecko jednak zmarło w 51 godzin po operacyi wskutek zapalenia otrzewny. Drugi przypadek operował u dziecka 5-letniego Alsberg, ale za późno, przy sekcyi znaleziono przerzuty w wątrobie.

V wykład. Dr. Bogdanik (Biała): O martwinie fosforowéj.

Prelegent operował w ubiegłym roku siedmiu chorych, którzy pracowali w fabrykach zapałek w Bielsku. Pierwszy przypadek dotyczył 57-letniéj kobiety, któréj zajęciem było pakowanie suchych już zapałek do pudełek. Chora zgłosiła się do szpitala z silnem zapaleniem okostny szczęki dolnéj po stronie prawéj, dawszy sobie poprzednio wyrwać trzy zęby trzonowe. Dr. B. wykonał resekcyję choréj połowy szczęki, poczem chora na pozór była zupełnie zdrową; — wkrótce jednak cierpienie przeniosło się i na drugą połowę szczęki, wskutek czego prelegent zmuszony był resekować wyrostek zębowy całéj połowy szczęki, pomimo że tylko mała część zdawała się być zajętą. Postępowanie to okazało się też racyjonalnem, gdyż i w częściach na pozór niezmienionych znaleziono ogniska. Rana pooperacyjna zagoiła się przez rychłozrost i w niespełna 3 tygodnie chora mogła już spożywać względnie twarde pokarmy jak chleb i mięso. Gdy chora pomimo surowego zakazu wróciła do fabryki, powstała martwina szczęki górnéj i podczas resekcyi szczęki górnéj chora umarła.

W 2 następnych przypadkach wyciął Dr. B. najpierw jednę połowę szczęki dolnéj, potem jednak okazała się potrzeba wyłuszczenia i drugiéj połowy. Pouczony doświadczeniem, że wycięcie kawałka szczęki wraz z ogniskiem chorobowo zmienionem nie zapobiega szerzeniu się cierpienia, zwłaszcza że chorzy pomimo zakazu wracali do fabryki, wyłuszczył już prelegent w czwartym przypadku martwiny fosforowéj odrazu całą szczękę dolną.

Co do saméj sprawy chorobowéj, nie godzi się prelegent z zapatrywaniem, że punktem jéj wyjścia jest zawsze okostna, i następowo dopiero wskutek braku odżywienia kość obumiera; jeden z preparatów dowodzi, że cierpienie może także powstawać pierwotnie w kości.

Oprócz wyżej przytoczonego powodu, istnieje jeszcze jeden motyw, dla którego Dr. B. odrazu radzi wyłuszczać całą szczękę dolną; mianowicie po wyłuszczeniu całéj szczęki chory o wiele lepiéj mówi niż po usunięciu połowy. Trzech z operowanych zajmowało się maczaniem patyczków w masie fosforowéj, którą to czynność uważa prelegent za przedstawiającą największe niebezpieczeństwo. Mowca kończy życzeniem, aby Zjazd powziął uchwałę, mającą na celu zwrócenie bacznéj uwagi władz na opłakane stosunki istniejące w fabrykach zapałek. (C. d. n.)

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 sierpnia. *Redaktor „Przeglądu Lekarskiego" Prof. Dr. Leon Blumenstok na mocy pozwolenia Wys. c. k. Namiestnictwa galicyjskiego zmienił nazwisko na „Halban".*

* Ostatnie wiadomości ściśle urzędowe o cholerze stwierdzają wybuch epidemii w bliższym sąsiedztwie naszéj prowincyi. W gubernii lubelskiéj zachorowało (według źródeł urzędowych) do dnia 19-go sierpnia 34 osób a zmarło 13. — Nie wątpimy, że nasze komisyje sanitarne miejskie dopełniły swojego obowiązku co do usunięcia usterek sanitarnych i zarządzeń zapobiegawczych, zdaje nam się jednak, że wobec wspomnianéj na wstępie wiadomości, wartoby przeprowadzić kontrolę, czy zarządzenia te zostają ściśle wykonywane. Bywało bowiem, że niejedne zbawienne rozporządzenia Magistratu wykonywało się przez parę tygodni pilnie i ściśle, lecz skoro tylko rygor się powolni, idzie wszystko w zapomnienie.

* Twierdzono dotychczas, że cholera w Rosyi szerzy się wzdłuż biegu rzek, tymczasem dzisiaj inaczéj rzecz się przedstawia. Z Moskwy przerzuca się epidemija do Petersburga, pojawia się nagle w lubelskiem. Tak samo i we Francyi, pierwsze wiadomości datują się z przedmieść Paryża, dzisiaj donoszą o cholerze w Rouen. W ten też niespodziewany sposób dowiadujemy się o wybuchu cholery w Hamburgu, gdzie jednak już dawniéj musiało tleć zarzewie zarazy, pierwsze bowiem depesze donoszą już, że jednego tylko dnia (24 bm.) zapadło 126 osób, a dotąd umarło już 120.

* Rząd krajowy Bośnii i Hercogowiny uwiadamia, iż na przypadek pojawienia się cholery w krajach okupowanych, przyjmować będzie zgłaszających się lekarzy na czas trwania epidemii, za wynagrodzeniem 20 złr. dziennie oraz zwrotem kosztów podróży tam i z powrotem.

* **Odznaczenia.** Najj. Pan dozwolił Drowi Bazylemu Kluczence, c. k. radcy rządowemu i referentowi dla spraw sanitarnych w Czerniowcach, przyjąć medal królewski rumuński „Bene merenti" I. klasy.

* **Kongresy.** Na kongres międzynarodowy akuszerów i ginekologów w Brukseli, mający odbyć się 14 września b. r., zgłosiło się na uczestników około 800 lekarzy z Europy i Ameryki. Z Krakowa jedzie na ten kongres prof. Dr. Mars. — Na

kongres międzynarodowy dermatologów we Wiedniu zgłosiło się 200 uczestników.

* W tygodniu 31-ym (od 31 lipca do 6 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 20, urodzeń 74, skonów 48, z tych z zapalenia płuc 11, z gruźlicy 7, z nieżytu żołądka i jelit 9, z dławca i błonicy 3, z czerwonki 1.

W tygodniu 32-im (od 7—13 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 17, urodzeń 53, skonów 48, z tych z gruźlicy 9, z nieżytu żołądka i jelit 11, z zapalenia płuc 4, z dławca i błonicy 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Docent pryw. Dr. Karol Foltanek, asystent prof. Wiederhofera, zamianowany został nadzw. profesorem pediatryi w Insbruku. — Rektorem Uniwersytetu wrocławskiego wybrany został prof. Dr. Ponfick. — Docenci Dr. Leubuscher i Dr. Ziehen w Jenie oraz Dr. Fleiner w Heidelbergu mianowani zostali nadzw. profesorami.

* **Zmarli.** W Królestwie Polskiem zmarł najstarszy może na świecie lekarz Franciszek Kownacki, w 110 roku życia. Do ostatnich chwil zachował pamięć i przytomność umysłu. W r. z. obchodził 75-letni jubileusz doktorski, praktykę porzucił przed 12 laty. — W Londynie zmarł w 81 r. ż. Fryderyk le Gros Clark, uczeń Traversa i Astley-Coopera, b. prezydent Royal College of Surgeons i Hunterian Lecturer.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Zdrowiu* Nr. 81 Malinowskiego: Zalety i wady warszawskiego mleka sterylizowanego, E. Kohna: Opis sanitarny przędzalni wełny czesankowéj w Częstochowie. — W *Gaz. Lek.* Nr. 24: Modrzejewskiego: O ostrych ropnych zapaleniach ucha średniego powikłanych ziarninowym rozrostem bł. bębenkowéj. Krauzego: 200 przypadków tracheotomii w krupie i dyfteryi u dzieci (c. d.). Skłodowskiego: Moczopędne działanie kalomelu w cierpieniach nerek (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 24: Stępniewski: „Żochowska odnowa" materyjału szczepiennego ospy ochronnéj. Wisłockiego: Nowoczesne sposoby leczenia suchot płucnych. — W *Nowinach Lek.* Nr. 7: Dzierzgowskiego i Rekowskiego: O chemicznych przemianach w glebach hodowlowych pod wpływem drobnoustrojów błonicy i o produktach téj przemiany (dok.). Dzierzgowskiego i Rekowskiego: Nowy przyrząd do badań bakteryjologicznych. Krefft Otomar: O niedorozwoju przewodu rodnego (dok). Wicherkiewicza: O operacyjnem leczeniu jaglicy ostréj przez liczne nakłucia w połączeniu z używaniem środków odkażających (dok.). — W *Zdrowiu* Nr. 82: Polaka: Z powodu cholery w kraju Zakaspijskim i na poł. wschodzie Rosyi europ. j. Ciemniewskiego: Tyfus wysypkowy w Warszawie. Kohna: Opis sanitarny przędzalni wełny czesankowéj w Częstochowie (dok.). — W *Pamiętniku* Tow. lek. warszawskiego z. I, 1892: Sawickiego: Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na elektryczne własności nerwów i innych tkanek. Bujwida: Wścieklizna u ludzi i leczenie zapobiegawcze według metody Pasteura. Rauma: O ziarnistych zawartościach w komórkach nowotworów. Bączkiewicza: O wchłanianiu jodku potasu w kiszce prostéj. Ruppertа: O pochodzeniu żółciowéj marskości wątroby (dok.). — W *Gaz. Lek.* Nr. 25: Hołowińskiego: O wpływie oddechania na kształt sfygmogramów. Krausego: 200 przypadków tracheotomii przy krupie i dyfteryi u dzieci (c. d.). Skłodowskiego: Moczopędne działanie kalomelu w cierpieniach nerek (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 25: Tymowskiego: Rzut oka na wyniki lecznicze 15-letniéj praktyki w San-Remo. Arnsteina; Trzy przypadki wysięków surowiczych w worku opłucnéj. Stępniewskiego: „Żochowska odnowa" materyjału szczepiennego ospy ochronnéj (dok.). — W *Kronice Lek.* Nr. 5: Janowskiego: Przyczynek do nauki o ziarnistości białych ciałek krwi. Ziemińskiego: Przyczynek do patologii rzęs. Sędziaka: Kilka uwag w kwestyi stosowania galwanokaustyki w chorobach gardła, krtani, nosa i uszów. — W *Gaz. Lek.* Nr. 26: Dąbrowskiego: O nieorganicznej niedostateczności zastawek aorty. Skłodowskiego: Moczopędne działanie kalomelu w cierpieniach nerek (c. d.) Krausego: 200 przypadków tracheotomii przy krupie i dyfteryi u dzieci (dok.). — W *Medycynie* Nr. 26: Goldflama: Przyczynek do patologii porażeń ołowianych. Tymowskiego: Rzut oka na wyniki lecznicze 15-letniéj praktyki w San-Remo.

Redakcyja otrzymała:

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1890 in 8-o str. 95. — S. GOLDFLAM: Przyczynek do patologii porażeń ołowianych (odb. z Medycyny 1892) in 8-o str. 12. — Odczytów klinicznych wydawanych przez Red. Gazety Lek. Nr. 42 i 43: O chorobach nerwowych na tle zaburzeń płciowych powstałych przez Dra L. Loewenfelda. Warszawa 1892, in 8-o str. 75. Prof. Dr. W. JAWORSKI: Cholera. Pouczenie przystępne dla nielekarzy (odb. z czasop. Krynica 1892) in 8-o str. 24. — Dr. H. HIGIER: Fünf Fälle von Ischias scoliotica (odb. z Deut. med. Wschrft 1892) in 8-o str. 17. — Tenże: Przypadek apopleksyi histerycznéj (odb. z Gazety Lek. 1892) in 8-o str. 9 — S. MINTZ: Niezwykły przypadek uchyłka przełyku (odb. z Medycyny 1892) in 8-o str. 7. — FAJERSZTAJN i A. KUCZYŃSKI: Trzy przypadki białaczki u myszy białéj (odb. z Gaz. Lek. 1892) in 8-o str. 4. — Dr. R. BARĄCZ: Spostrzeżenia nad znieczuleniem bromkiem etylu w praktyce chirurgicznéj (odb. z Nowin Lek. 1892) in 8-o str. 7. — Tenże: Ein praktischer Ersatzmittel für dekalcinirte Knochenplatten bei der Senn'schen Plattendarmnaht (odb. z Ctrblt f. Chirurgie 1892). — Tenże: Gastroenterostomie mittels Plattennaht nach Senn bei Anwendung meiner Kohlrübenplatten (odb. z Ctrblt f. Chirurgie 1892). — Dr. RADECKI Paweł: Szpital jako instytucyja przyszłości (odb. z Przewodnika higij.) str. 7. — Dr. WICHERKIEWICZ: O operacyjnem leczeniu jaglicy ostréj przez liczne nakłucia, w połączeniu z używaniem środków odkażających (odb. z Nowin Lek.) str. 7. — Dr. WINIARSKI Joseph: Blutuntersuchungen bei anämischen und kachectischen Zuständen (Inaugural-Dissertation. Dorpat 1892).

W zastępstwie Redaktora: **Dr. Murdzieński.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 3 Września 1892. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Péres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	3⅛ „	6 „

I. Kazuistyka sądowo-lekarska.

V.

Zaniedbanie ze strony nieuprawnionej położnéj?

Podał
Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz miejski w Krakowie.

Anonimowem pismem zawiadomiono w miesiącu lutym sąd powiatowy, że rozwódka Weronika N. porodziła dziecko płci żeńskiéj z końcem stycznia, które zrazu zdrowe, zmarło wkrótce po porodzie wskutek skrwawienia się pępowiny źle podwiązanej. Obowiązki położnéj pełniła w tym przypadku kobieta wiejska, nieuprawniona do wykonywania praktyki położniczéj. Żandarmeryja zbadała, że fakt opisany w liście bezimiennym rzeczywiście miał miejsce dnia 18-go stycznia, nie było jednak dostatecznie wyjaśnionem, czy śmierć dziecka należało położyć wyłącznie na karb krwotoku z pępowiny, czy też nie zaszło w tym przypadku nadto co innego, coby pozostawać mogło w związku ze śmiercią noworodka.

Świadkowie przesłuchani w toku dochodzeń podali:

Jan Z., zastępca oglądacza zwłok, nie chciał wydać kartki do pochowania dziecka, gdyż dowiedział się, że dziecko urodziło się żywe, a spostrzegł, że szmaty i pieluchy, któremi dziecko było owinięte, były obficie skrwawione; na téj podstawie przypuszczał nienaturalną śmierć dziecka, zwłaszcza gdy kobiety obecne przy położnicy twierdziły, że dziecko krew uszła, gdyż położna źle podwiązała pępowinę. Zwłoki dziecka były, jak twierdzi, całkiem białe. Wójt miejscowy a zarazem oglądacz zwłok (krewny Weroniki N.) wydał kartkę mówiąc. że nie widzi zbrodni w tym przypadku i nie będzie o tem wcale donosił, pomimo że sam zauważył, że zwłoki były bardzo białe i widział obficie pokrwawione szmaty.

Anna Z. jako krewna miała nocować u położnicy, nadeszła ona niebawem po porodzie i ujrzała dziecko zawinięte, leżące z otwartemi oczyma przy matce na łóżku, dziecko kwiliło od czasu do czasu. Gdy w godzinę póżniéj spojrzała na dziecko zauważyła, że spi z ustami otwartemi, w téj chwili matka zbliżyła usta do twarzy dziecka i spostrzegła, że dziecko zimne. Świadek wziął tedy dziecko z pieluchami i zauważył, że całe pieluchy są przesiąknięte krwią, która nawet na zewnętrznéj stronie pieluch się znajdowała. Na poduszce, w miejscu gdzie dziecko leżało, była wielka krwawa plama, a dziecko już nie żyło. Akuszerka która oddaliła się zaraz po porodzie, przywołana natychmiast, kazała dziecko (zwłoki) wykąpać, szmaty zaś pokrwawione wyrzuciła do stajni.

Weronika N. (matka) zeznaje prawie tak samo, dodaje nadto, że z poduszki, na któréj dziecko obok niéj leżało, płynęła struga krwi popod nią w łóżku leżącą.

Obwiniona Katarzyna H. podała, że dziecko urodziło się żywe: „gdym zaś wszystko porobiła w porządku, odeszłam do swojego mieszkania około 7-éj wieczorem (poród odbył się pomiędzy godziną 5 tą a 6-tą po południu). Około północy wezwano mnie z wiadomością, że dziecko nie żyje. Przyszedłszy w nocy widziałam, że pępowina jest zawiązana tak jak była, a około pępka było ciało i pieluchy skrwawione. Z jakiego powodu dziecko umarło nie wiem, winną nie jestem, zwłaszcza że dawniéj już bywałam u innych kobiet rodzących i wszystko dobrze poszło a kobiety i dzieci są zdrowe. Po ukąpaniu (zwłok) dziecka wylałam skrwawioną wodę i wyrzuciłam krwią zbroczone szmaty“.

Akta, z których najważniejsze szczegóły właśnie podaliśmy, przesłała Prokuratoryja lekarzowi sądowemu A. z zapytaniem, czy sekcyja zwłok tego dziecka dokonana w 3 tygodnie po śmierci tegoż, może jeszcze wykazać przyczynę śmierci. Lekarz ten orzekł co następuje:

„Uwzględniając okoliczność, że dziecko Weroniki N. umarło dnia 18-go stycznia a więc w porze zimowéj, gdy wpływ zimna chroni zwłoki od gnicia i zważywszy, że w téj porze zwłoki pochowane w ziemi zmarzniętéj, mogą się znacznie dłużéj chronić przed zwykłemi zmianami, niż to bywa w innéj porze roku, mam to przekonanie, że sekcyja zwłok tych wykonana nawet obecnie, t. j. po upływie trzech tygodni, mogłaby jeszcze wykazać przyczynę śmierci tego dziecka. Wobec faktu jednak, stwierdzonego doświadczeniem lekarskiem, że śmierć noworodka z ujścia krwi może nastąpić, chociaż tenże utracił względnie mało krwi, jest w przypadku niniejszym należycie stwierdzona okoliczność, iż pieluchy, któremi dziecko było owinięte, były pomimo poprzedniego okąpania dziecka obficie krwią zbroczone, zupełnie dostateczną do twierdzenia, że przyczyną śmierci dziecka stał się krwotok zewnętrzny z pępowiny niedostatecznie podwiązanéj“.

Wskutek tego orzeczenia zarządzono ekshumacyję i sekcyję zwłok noworodka; a protokół spisany z powodu téj czynności, dokonanéj przez lekarzy dra B. i C. brzmi:

Oględziny zewnętrzne. 1) Noworodek płci żeńskiéj, długości 53 ctm., obwód główki 47 ctm., wymiar poprzeczny 11 ctm., ciemiączka 3 ctm., wymiar barków 15 ctm. 2) Na głowie ciemnym włoskiem pokrytéj, prawie w środku szwu strzałkowego, znajduje się na skórze zaczerwienienie długości 1 ctm. a szerokości parę mm., barwy różowo-czerwonéj. 3) Powieki zawarte, źrenice wskutek zmętniałych rogówek nie dają się dokładnie rozpoznać. 4) Na twarzy, w ustach, na kończynach górnych i dolnych prócz zmian pośmiertnych nie widać żadnych innych zmian ani sztucznych. 5) Z otworu stolcowego wydobywa się smółka. Tutaj wypada nam nadmienić, że noworodek ten przedstawia wszelkie cechy dziecka donoszonego. 6) Skóra w przedniéj części zwłok, t. j. na twarzy, klatce piersiowéj i na przednich i zewnętrznych kończynach górnych i dolnych blada. 7) Pępowina prawie w środku jamy brzusznéj umiejscowiona, wynosi około 4 ctm. długości, kończy się brzegiem nierównym. Prawie w środku pępowiny znajduje się podwiązka z nitki grubéj, szaréj, przesuwająca się ku przodowi i ku tyłowi, zawiązana na zwykły węzełek. W końcu nadmieniamy, że w miejscu pierwotnego zawiązania pępowiny znajduje się bruzda, która świadczy o pierwotnem w tem miejscu istnieniu podwiązki. Pępowina jest od pępka oddzielona linią demarkacyjną, barwy ciemno-brunatnéj, jest spłaszczona i wiotka.

Oględziny wewnętrzne. 8) Po zdjęciu skóry z czaszki, widać w kierunku szwu strzałkowego przekrwienie tak na skórze, jak i na odpowiedniéj części czaszki. 9) Kości czaszki są dostatecznie grube, jędrne, oddalenia czyli szwy są nadzwyczajnie wąskie tak, że kość boczna prawa cokolwiek zachodzi na kość boczną lewą, ciemię wielkie bardzo małe, a ciemię małe prawie nie istnieje. 10) Opony mózgowe przekrwione, mózg zmarznięty, na przekroju po odtajeniu częściowem blado-różowo zabarwiony. Opony mózgu również znacznie przekrwione. 11) W głębi jamy ust nic nie widać, również i w tylnéj stronie przełyku włożonym palcem nic nie daje się wyczuć. 12) Błona śluzowa tchawicy blado-różowo zabarwiona. 13) Gruczoł grasicowy jak zwykle prawidłowo rozwinięty. 14) Płuca prawidłowo ułożone, wypełniają jamę klatki piersiowéj, płuco lewe na powierzchni barwy ciemno różowo czerwonéj, marmurkowatéj, na powierzchni opłucnéj płuca lewego w tylnéj części widać kilka plamek wielkości siemienia, barwy ciemno brunatnéj, dokładnie ograniczonych, które ani palcem, ani nożem zeskrobać się nie dadzą, a które po nacięciu opłucnéj dowodzą, że powstały z wynaczynienia krwi pod opłucną a miąższem płuc. Podobnie zachowuje się płuco prawe z tą różnicą, że tylko jednę wybroczynę w formie punkciku znaleziono. Miąższ płuc na przekroju cokolwiek przekrwiony, a po uciśnięciu płaszczyzn przekroju wydobywa się ciecz czerwono-brunatna. 15) Płuco rzucone na wodę, pływa na jéj powierzchni. 16) Serce rozszerzone lodem, zastawki prawidłowe. 17) Przepona prawidłowo ułożona. 18) Wnętrzności jamy brzusznéj również prawidłowo ułożone. 19) Żołądek wzdęty cokolwiek gazami, prócz śluzu żółtawego nic nie zawiera. 20) Błona śluzowa różowo-czerwono zabarwiona. 21) Wątroba prawidłowéj wielkości, w części koło worka żółciowego miąższ barwy brudno-zielonéj, zresztą miąż na przekroju blado-czerwony. 22) Nerki na przekroju barwy ciemno-wiśniowéj, przekrwione. 23) Śledziona brudno wiśniowéj barwy, wielkości prawidłowéj, na przekroju miąższ barwy ciemno-wiśniowéj, błona śluzowa blada (*sic*). 23) Kiszki na przekroju okazują błonę śluzową bladą. 25) Pęcherz skurczony.

Na podstawie téj sekcyi orzekli obducenci:

Z oględzin zwłok i sekcyi noworodka wynika 1) że noworodek płci żeńskiéj żywo na świat przyszedł, był zupełnie donoszony i do życia pozamacicznego zdolny; 2) że śmierć nastąpiła najprawdopodobniéj w kilkanaście godzin po porodzie, skutkiem przekrwienia znacznego mózgu i przekrwienia płuc. Jaka przyczyna wywołała przekrwienie mózgu i płuc, tego na podstawie oględzin i sekcyi stanowczo powiedzieć nie możemy, gdyż nie mamy żadnych zmian ani znaków na zwłokach noworodka, któreby świadczyły o jakimkolwiekbądź urazie lub gwałcie. Wypada nam jednak nadmienić, że długotrwały poród i niekorzystne ułożenie noworodka po porodzie, mogłyby wywołać podobne zmiany. Tego jednak stanowczo z braku danych przy oględzinach i sekcyi powiedzieć nie możemy. Co do przypuszczenia, jakoby noworodek ten miał zginąć z powodu skrwawienia się dla braku dostatecznego podwiązania pępowiny, to ze względu, że pępowinę znaleźliśmy podwiązaną, następnie z powodu, że prócz nieznacznego powalania krwią noworodka na klatce piersiowéj, a w końcu ze względu ogólnego wyglądania zwłok noworodka, tego przypuścić nie możemy.

W kilka dni po sekcyi przesłuchany jeszcze Jakób Z. szwagier Weroniki N. podał, że będąc przy porodzie, który odbył się około godziny 5-éj po południu, widział, że dziecko urodziło się żywe lecz jakoś zataiło (omdlało), z tego powodu poleciła mu Katarzyna H. puścić do ust dziecka dymu z fajki, co też uczynił 5 lub 6 razy. Późniéj wyszedł z mieszkania a gdy powrócił, zastał już dziecko zawinięte, leżące spokojnie w łóżku obok matki. Przesłuchane jeszcze dwie starsze sąsiadki, które położnicę odwiedzały, nie zeznały nic szczególnego, oprócz tego co podawali poprzedni świadkowie.

Ostatnim dokumentem jest w aktach niniejszéj sprawy doniesienie żandarmeryi z dnia 7-go marca, w którem posterunek zawiadamia sąd powiatowy o nowym przypadku znacznego krwotoku z pępowiny dziecka, które jeszcze na czasie uratować zdołano. Katarzyna H. pełniła i w tym przypadku obowiązki położnéj, a fakt miał miejsce w téj samé) miejscowości, co fakt poprzednio opisany.

Oto materyjał, który wskutek wniosku Prokuratoryi przedłożono innym lekarzom sądowym z wezwaniem, aby wydali orzeczenie dodatkowe: co było właściwą przyczyną śmierci noworodka i czy owe przekrwienie mózgu i płuc, które lekarze obducenci w swem orzeczeniu jako przyczynę śmierci podali, powstać mogło przez nadmuchiwanie do ust noworodka dymu z fajki, co według zeznań świadka Jakóba Z. i przyznania podejrzanéj Katarzyny H. rzeczywiście miało miejsce, oraz czy czyn ten można zaliczyć do kategoryi tych, które już według zdrowego rozsądku jako szkodliwy dla życia lub zdrowia noworodka uważać można. Zarazem zwraca Prokuratoryja uwagę znawców na punkt 7 oględzin zewnętrznych, z którego wynika, że podwiązka była dwa razy podwiązywaną i zapytuje, czy w danym przypadku nie zachodzi możliwość, że przez rozmyślne rozwiązanie podwiązki nie dano powodu do krwotoku, ostatecznie zwraca uwagę znawców na dodatkowe doniesienie żandarmeryi.

Wydane stosownie do tego wniosku Prokuratoryi orzeczenie innych dwóch lekarzy opiewa:

1) Z protokółu sekcyi wynika, że dziecko Weroniki N. było zupełnie donoszone i że żyło po urodzeniu. Uwzględniając zeznania matki i świadków musimy stanowczo twierdzić, że najbliższą przyczyną śmierci dziecka było skrwawienie z pępowiny źle podwiązanéj.

2) Przedewszystkiem okoliczność, że gdy dziecko rozwinięto były pieluchy obficie krwią zbroczone, według zeznań świadka nawet tak, iż krew przesiąkała przez całą grubość szmat, według zeznań matki tak, że krew pod nią na łóżku leżącą się sączyła, musi sama przez się dowodzić, iż krwotok zewnętrzny miał miejsce. Gdy zaś nie wykazano żadnego innego źródła tego krwotoku a pp. obducenci zauważyli, że podwiązka na pępowinie była przesuwalną i nadto faktycznie przesunęła się, nie może niniejsze twierdzenie co do przyczyny śmierci dziecka ulegać wątpliwości. Przemawia zatem również bladość zwłok dziecka, która zwracała nawet uwagę świadków a zwłaszcza oglądacza zwłok, jak niemniéj

doświadczenie lekarskie, które stwierdza, że nawet względnie nieznaczna utrata krwi może być zabójczą dla noworodka.

3) Jakkolwiek pp. obducenci nie znajdują według orzeczenia dostatecznych podstaw do rozpoznania tego rodzaju śmierci, to jednak protokół sekcyi sporządzony przez nich samych, przemawia również za niniejszem naszem twierdzeniem a mianowicie: Skóra zwłok była blada, o zmianach pośmiertnych, obducenci wcale nie wspominają, przypuszczać więc trzeba, że takowych nie było lub były tak nieznaczne, iż uszły uwadze lekarzy. Miąższ wątroby znaleźli pp. obducenci blado czerwony, tak samo bladą była błona śluzowa jelit.

Wprawdzie twierdzą pp. obducenci, że znaleźli przekrwienie mózgu i płuc, to jednak opis mózgu przemawia raczéj za istnieniem stanu wprost przeciwnego, zwłaszcza gdy się pamięta o tem, że mózg noworodka nigdy nie jest tak zabarwionym jak mózg człowieka dorosłego. Przekrwienie opon mózgowych, o którem tylko w s p o m i n a j ą w protokóle sekcyjnym, podczas gdy opon i stanu zatok wcale nie opisują, jest stanem, którego istnienia wobec zgodnych zeznań świadków na podstawie doświadczenia lekarskiego zgoła przypuścić nie można. To samo odnosi się i do rzekomego przekrwienia płuc. Gdy się nadto zważy, że sekcyję wykonano na zwłokach zmarzniętych nie odtaiwszy takowych poprzednio, jak tego wymaga obowiązująca instrukcyja, a zmiany spostrzeżone na narządach zmarzniętych nie mogą dawać dokładnego wyobrażenia o rzeczywistym stanie rzeczy, to rezultaty uzyskane przy sekcyi zwłok tego dziecka muszą się przedstawiać tem wątpliwszemi.

5) Ani niekorzystne ułożenie dziecka po porodzie nie może sprowadzić przekrwienia płuc i mózgu, jak twierdzą pp. obducenci ani też okoliczność, że pępowinę znaleźli faktycznie podwiązaną, nie może dowodzić, że podwiązka była należycie założoną, skoro zwłaszcza sami pp. obducenci twierdzą, że podwiązkę można było po pępowinie przesuwać. Tak też nieznaczne tylko powalanie krwią zwłok noworodka przy sekcyi nie osłabia zeznań świadków co do istnienia znacznego krwotoku zewnętrznego, skoro zwłoki kąpano na zlecenie akuszerki. Tak tedy twierdzenie, że dziecko zmarło ze skrwawienia nietylko nie może być zachwianem rzekomym rezultatem sekcyi, lecz nawet pod pewnym względem znajduje w nim poparcie.

6) Wdmuchiwanie dymu z fajki do ust dziecka jest zabiegiem praktykowanym u ludu w celu cucenia czy to noworodków, czy też osób dorosłych omdlałych; jakkolwiek zabieg ten jest tego rodzaju, iż według zdrowego rozsądku uznać go trzeba za niedorzeczny, to jednak w przypadku niniejszym nie mamy żadnéj podstawy do przypuszczania jakoby był rzeczywiście sprowadził szkodę na zdrowiu dziecka, zwłaszcza że wdmuchiwanie dymu odbywało się bezpośrednio po porodzie, a dziecko potem jeszcze żyło.

7) Tak samo nie mamy żadnéj podstawy do twierdzenia, jakoby w przypadku niniejszym miało było miejsce rozmyślne odwiązanie podwiązki na pępowinie, co już z tego względu jest wielce nieprawdopodobnem, iż czynność taka nie mogłaby się łatwo i niespostrzeżenie odbyć wobec licznych i kolejno prawie zmieniających się świadków około położnicy.

8) Dodatkowe doniesienie żandarmeryi przemawia również na korzyść naszego twierdzenia co do przyczyny śmierci dziecka Weroniki N., a jeżeli fakt opisany w tem doniesieniu będzie należycie stwierdzony, przemawiać może za tem, iż Katarzyna H. trudniąc się dawaniem pomocy przy porodach bez należytego pojęcia o obowiązkach położnéj, niejako nawykowo źle podwiązuje pępowiny.

W przypadku opisanym rozpoznał chłopski rozum przyczynę śmierci noworodka i wytłómaczył sprawę pierwéj i lepiéj, zanim fantastyczne obrazy przekrwienia płuc i mózgu spostrzeżone rzekomo przy sekcyi, przyczyniły się do jéj zagmatwania. Obducenci przystępują do sekcyi znając dokładnie przebieg faktu: znaczny krwotok z pępowiny jest stwierdzony ponad wszelką wątpliwość, bladość powłok ogólnych zwłok noworodka uderza nawet profanów, łatwą przesuwalność podwiązki na pępowinie stwierdza się przy sekcyi, wie się o nadzwyczajnéj wrażliwości noworodków na utratę krwi tak, że przystawienie jednéj pijawki może się dla noworodka stać zabójczem, — pomimo tego wszystkiego szuka się koniecznie innéj jakiéjś przyczyny śmierci a przypuszczenie śmierci ze skrwawienia wprost uchyla dla tego, że pępowina okazała się niby faktycznie podwiązaną i ze względu na ogólne wyglądanie zwłok. Trudno również wyobrazić sobie, jakiem ma być owo niekorzystne ułożenie noworodka po porodzie, które ma sprowadzać śmierć, wywołując przekrwienie mózgu i płuc. Jestto charakterystycznem dla przypadków takich jak opisany, że profani zgłaszają się do władzy lub do lekarza najczęściéj z gotowem rozpoznaniem przyczyny śmierci noworodków, a jak nas doświadczenie poucza, nie należą te przypadki do wyjątkowych i to nietylko w praktyce położniczéj tak zwanych wiejskich babek, lecz nawet w praktyce akuszerek uprawnionych zwłaszcza ich starszéj generacyi.

O ile w przypadkach dochodzeń z powodu domniemanego dzieciobójstwa odgrywa sprawa skrwawienia się noworodków z pępowiny tylko podrzędną rolę, a to z tego powodu, że w tych razach ulega pępowina częściéj przedarciu aniżeli przecięciu ostrem narzędziem, jak niemniéj wskutek tego, że niebezpieczeństwo śmierci ze skrwawienia się wzmaga się stopniowo po porodzie w miarę zwiększania się parcia ościennego w układzie naczyniowym noworodków, o tyle częściéj daje pępowina świadectwo wiedzy i wprawy akuszerki.

Jakie stosunki panują u nas pod tym względem poucza nadzwyczajna śmiertelność noworodków z tężca i ropnicy, których wyjście stanowią sprawy ropne w naczyniach pępowinowych: wyraz niedbałego postępowania z pępowiną i pępkiem. Śmiało twierdzimy, że przyczyną śmierci noworodków donoszonych i dobrze rozwiniętych pomiędzy dniem 5 tym a 15 tym życia jest w 90% przypadków sprawa, stojąca w związku z postępowaniem z pępowiną. Napróżno szukanoby poparcia naszego twierdzenia w wykazach statystycznych, część bowiem tylko przypadków mieści się w tych wykazach w rubryce właściwéj, w znaczniejszéj ich liczbie rozpoznano zapalenie płuc jako przyczynę śmierci, zapewne z powodu drgawek, jakie tym sprawom towarzyszą. Mając ku temu dostateczną sposobność od lat szeregu, śledzimy pilnie przypadki śmierci dzieci pomiędzy dniem 5-ym a 15-ym życia, i pozyskaliśmy nietylko na podstawie sekcyi lecz i samych oględzin zwłok, przy których badanie pępka nie napotyka na trudność, dostateczny dowód na powyższe nasze twierdzenie.

Tak tedy przypadki śmierci dzieci wskutek skrwawienia z pępowiny, znaczna śmiertelność dzieci z powodu nieodpowiedniego zaopatrywania pępowiny, jak z drugiéj strony częstość przypadków z braku należytéj pomocy przy porodach i częstość spraw połogowych, dowodzą z jednéj strony dotkliwego braku u nas należycie ukwalifikowanych położnych, świadczą z drugiéj strony, że nawet egzaminowane położne zbyt rychło zapominają niestety o wpajanych im w szkole zasadach postępowania z położnicami, — tak że sprawę akuszerek tak co do ich liczby, rozmieszczenia w kraju, jakoteż co do uzupełniania ich wykształcenia, uważać musimy za jednę ze spraw sanitarnych najdonioślejszych — złego bowiem, jakie obecnie istnieje, nie wyleczy się paragrafami kodeksu karnego.

II. Drżenie członków *(tremor)* jako pierwszy objaw choroby Basedowa.

Podał

Dr. Rosenblatt.

Symptomatologia choroby Basedowa wzbogaconą została w ostatnich latach na podstawie liczniejszych spostrzeżeń wieloma nowemi objawami. Do pierwotnych trzech objawów patognomonicznych, wytrzeszczaka (*Exophtalmus*), wolu (S t r u m a) i przerostu serca (*Hypertrophia cordis*), przybyły inne objawy, które mają ważne rozpoznawcze znaczenie w takich zwłaszcza przypadkach, w których jednego lub drugiego z owych wyż wspomnianych objawów niedostaje. Do nich należą jak wiadomo: osłabienie współruchów powieki górnéj przy wzniesieniu i obniżeniu płaszczyzny wzrokowéj, tak zwany objaw Graefego, daléj znaczne przyspieszenie tętna bez wszelkiéj podstawy anatomicznéj (E r b), znaczne zmniejszenie odporności przeciw prądowi elektrycznemu, tak zwany objaw Charcota-Vigouroux, wreszcie że pominę objawy ze sfery psychicznéj (Joffroy), naczynioruchowéj, łatwe i obfite poty, wysypki pokrzywkowe i różycowe (Charcot, Marie, Kahler, także i objaw jeden na który dotąd mało zwrócono uwagi to jest trzęsienie się członków czyli drżenie (*tremor*). Na objaw ten zwrócił najpierw uwagę Charcot, potem zaś Kahler i Erb.

Przypadek, który tu w krótkości podam przedstawia tę osobliwośc, że d r ż e n i e c z ł o n k ó w b y ł o w ł a ś n i e p i e r w s z y m i k a r d y n a l n y m o b j a w e m rozwijającéj się choroby Basedowa. W dalszym przebiegu wystąpiły w y s y p k i raz w postaci ostrego wyprysku raz zaś pokrzywki, niestosunkowo szybkie wychudnięcie obok wzmożonego pragnienia, jakoteż wydzielania moczu a więc o b j a w y o d p o w i a d a j ą c e w i ę c é j c u k r z y c y, dopiero na ostatek pojawiły się objawy chorobę Basedowa cechujące, to jest wytrzeszczak, obrzęk gruczołu tarczykowego i przerost serca.

Według opowiadania pani S. lat 39 liczącéj. matki dziewięciorga dzieci, dobrze zbudowanéj i odżywionéj, poprzednio zupełnie zdrowéj i pochodzącéj z rodziny, w któréj nie ma obciążenia dziedzicznego pod względem chorób nerwowych, rozpoczęło się u niéj drżenie członków bezpośrednio po silnym przestrachu. Pacyjentka zmartwiona świeżą utratą dziecka skutkiem płonicy, przelękła się gwałtownie z powodu wybuchu pożaru wśród nocy w ich pomieszkaniu i równocześnie odkrytéj kradzieży przez domowników dokonanéj. Najpierw poczęły jéj drżeć kończyny dolne, wkrótce potem i górne, przeważnie ręce. Drżenie to było ciągłem tak w spokoju jak i przy ruchach, szczególnie zaś dawało się we znaki przy drobniejszych ruchach celowych. Każde wrażenie psychiczne drżenie to potęgowało. Równocześnie czuła sama, iż stała się o wiele wrażliwszą na wszelkie wpływy zewnętrzne, lękliwszą i drażliwszą względem otoczenia. Mimo niezmienionego wyglądania siły jéj nie dopisywały.

Wezwany wówczas może po trzech tygodniowem trwaniu tego stanu, nie byłem w stanie wybadac jakichkolwiek zmian w narządach wewnętrznych ani wynaleść powodu dla tegoż stanu chorobowego. Jedynym objawem było tylko owo drżenie, któremu tylko mięśnie twarzy i głowy nie podlegały. Drżenie zaś na kończynach było szybkie, drobne, regularne i wzmagało się przy ruchach celowych. Drżenie rąk najwyraźniéj występowało. przy podniesieniu ich i rozstawieniu palców, następnie przy pisaniu. Pismo wypadało krzywo, litery nieregularne, jedne duże drugie zbyt małe, na dużych znać było kilka pociągnięć pióra oderwanych. Charakteru falistego pismo nie przedstawiało. Zresztą w sferze ruchowéj zboczeń nie ma, wykonywa ruchy naprzód i wtył, jakotéż obroty należycie także przy zamkniętych powiekach. Siła mięśniowa o ile bez dynamometru byłem w stanie oznaczyć nie zmniejszona, czucie i lokalizacyja czucia prawidłowa. Na bóle nie żaliła się żadne, trawienie i łaknienie niezmienione. Ponieważ pacyjentkę znałem już od dawna, nie miałem powodu do przypuszczenia macicznictwa, wykluczyć mogłem również wszelkie chroniczne zatrucie alkoholowe, arszenikowe, ołowiowe i t. d. dlatego też podejrzywałem wówczas iż może być, że u pacyjentki rozwinie się *paralysis agitans*, za czem przemawiał wiek, płeć, nagłe powstanie drżenia, niezajęcie mięśni głowy i prosiłem na naradę Prof. Pareńskiego, który również u pacyjentki prócz drżenia nic chorobowego nie stwierdził. Rozpoznanie pozostało w zawieszeniu; pacyjentce poleciliśmy kontynuować letnie kąpiele jakotéż *Solut. Fowleri*, unikać wszelkich wrażeń a że zbliżał się sezon kąpielowy poradziliśmy jéj udać się do Graefenbergu na kuracyę wodoleczniczą. Po niespełna 2-ch miesiącach powróciła pacyjentka uzdrowiona. Drżenie zupełnie ustąpiło, wejrzenie znakomite, umysł swobodny. W dalszym ciągu cieszyła się pacyjentka zupełnem zdrowiem przez 1 $^3/_4$ roku, wśród którego to czasu ponownie zastąpila i prawidłowo porodziła.

W lipcu roku zeszłego bezpośrednio po kąpieli zimnéj w parku Krakowskim w godzinie południowéj uczuła pani S. swiąd i pieczenie na całéj twarzy a powróciwszy do domu spostrzegla wysypkę w postaci dużych placków czerwonych na twarzy i na szyi. Początkowo przypuszczała, iż plamy te swędzące są może następstwem pokłucia przez komary lub że wywołało je dotknięcie jakiéj gąsienicy, skoro jednak po kilku godzinach nietylko że wysypka i świąd nie ustąpiły lecz znacznie się wzmogły; zawezwała mojéj pomocy. Stwierdziłem wówczas obrzęk całéj twarzy. jednostajne zaczerwienienie skóry nietylko na twarzy ale i na szyi i karku, nie ustępujące zupełnie pod uciskiem palca, i podwyższenie ciepłoty miejscowe. Ciepłota ogólna nie podwyższona, chora wystraszona, żali się na dotkliwy świąd i na spinanie skóry około oczu i ust, tak iż trudniéj jéj przychodzi rozmawiać. Nazajutrz stan o tyle się zmienił, iż wysypka daléj się nie posunęła. tylko pozostała nadal ograniczoną do twarzy, szyi i karku. linia graniczna ku dołowi ostro zaznaczona, obrzęk twarzy jeszcze znaczniejszy, uszy zgrubiałe nieco więcéj odstają, zaczerwienienie żywe, skóra napięta, świecąca. Na brodzie i około, skrzydeł nosowych malutkie bąble i pęcherzyki z treścią żółtawą surowiczą W ciągu dnia i nazajutrz pęcherzyków przybyło, niektóre z nich popękały a treść ich skrzepnięta tworzyła strupki żółtawe i żółtobrunatne. Miejscami sączyła się ciecz surowicza krwawo zabarwiona. Tak mówienie jak i jedzenie odbywa się z trudnością, świąd nieco mniejszy.

Rozpoznanie choroby nie było trudnem, gdyż wysypka okazywała wszelkie znamiona wyprysku ostrego a brak gorączki zaraz z początku pozwalał wykluczyć chorobę ogólną. Wyprysk różycowy *eczema erythematosum* po krótkim czasie zamienił się we wyprysk pęcherzykowy, *eczema vesiculosum et impetiginosum*, co wskazywało na silne zadrażnienie skóry, tem więcej że poprzednio pacyjentka żadnym wysypkom nie podlegała. Więc choć rozpoznanie choroby było łatwem, niejasnym był powód wystąpienia tegoż wyprysku. Czy należało obwiniać działanie promieni słonecznych i przypuszczać tak zwane *eczema solare*, cho-

ciaż pacyjentka już niejednokrotnie o téj porze się kąpała, a dzień ów 5 go lipca nie był wcale gorętszym od innych, czy też należało szukać powodu dla wystąpienia wyprysku w samejże pacyjentce, to znaczy uważać wyprysk jako symptomatyczny zależny w pierwszéj linii od jakiego praeegzystującego zboczenia w ustroju.

Wyprysk ten nie przedstawiał w dalszym ciągu nic osobliwego i ustąpił dopiero po 3-ch tygodniowem trwaniu, natomiast wystąpiły u pacyjentki objawy inne, które wznieciły u nas podejrzenie, iż rzeczywiście nie mieliśmy do czynienia z wypryskiem tylko idyopatycznym. A mianowicie pojawiło się znów owo drżenie mięśniowe, owo trzęsienie się członków, któremu pacyjentka przez jeden i trzy czwarte lat więcéj nie podlegała. Pojawiła się znów owa drażliwość nieprawidłowa, chora popadła bez powodu w płacz spazmatyczny, podlegała bardzo nieprzyjemnym i strasznym zwidywaniom, doznawała często przykrego uczucia zimna w nogach, czuła że z dnia na dzień jest więcéj osłabioną i że bardzo łatwo występuje u niéj bicie serca, często nawet bez wszelkiego powodu. Żaliła się również na dokuczliwe pragnienie i częste parcie do oddawania moczu, zaniepokoiła ją bardzo obfita ilość wydzielanego moczu i biaława barwa, znaczne wychudnienie mimo odpowiedniego odżywiania i nadzwyczajna skłonność do potów.

Badanie fizykalne płuc i serca dało znów wynik ujemny, podobnież prócz miernego rozszerzenia żołądka i chełbotania płynów nie można było stwierdzić nic nieprawidłowego w narządach jamy brzusznéj. W oczy wpada przedewszystkiem znaczne wychudnienie w tak krótkim czasie, które na twarzy o wiele mniéj daje się spostrzedz, aniżeli na tułowiu i kończynach. Daléj uderza zmiana wyrazu twarzy pacyjentki, okazującéj jeszcze ślady łuszczenia po przebytym wyprysku. Wobec drżenia tak rąk jak i nóg dziwnie przedstawia się nieruchomość twarzy wyrażającéj na pół jakieś zadziwienie pół gdyby jakie zapytanie albo raczéj oczekiwanie odpowiedzi. Bliższe zbadanie wykazało, iż szczególny ten wyraz twarzy powstaje wskutek unieruchomienia obu powiek górnych. Jeżeli poleciło się pacyjentce spojrzeć na dół a potem znów ku górze, można się było łatwo przekonać, że gałki oczne wykonywały rzuty te należycie, zaś powieki górne pozostawały nieruchomo w jednakowem ustawieniu. Współruchy ich zatem były zniesione. Natomiast samoistny ruch ich to jest zamykanie, odbywało się prawidłowo, powieki domykały szczelnie, środki łamiące oczu prawidłowe, źrenica oddziaływa dokładnie, wzrok niezmieniony.

Drżenie mięśniowe na kończynach okazuje te same właściwości co za pierwszym razem, jest silne, regularne, to jest skurcze występują w regularnych odstępach czasu, i szybkie. Wszelkie ruchy celowe wskutek drżenia utrudnione, drżenie potęguje się przy ruchach celowych zwłaszcza więcéj powikłanych. Odruchy ściągnięte na kolanach nieco zwiększone. Przy chodzeniu pacyjentka łatwo się nuży i miewa uczucie, jak gdyby nogi pod nią się załamywały, mimo to idąc popada w coraz silniejsze tempo. Język wystawiony żadnego drżenia nie okazuje. Siła mięśniowa rąk znacznie upośledzona. Czucie i lokalizacyja czucia wszędzie prawidłowe. Na bóle nie żali się nigdzie, nieprzyjemnem jest tylko dla pacyjentki bicie serca przy lada jakiéj emocyi fizycznéj lub umysłowéj silnie się objawiające, jakoteż poty rozpływowe nawet w dnie mniéj gorące. Tętno liczone po zbadaniu wynosiło 124 uderzeń na minutę. Było jednakowoż regularnem. Apetyt dobry, trawienie odbywa się prawidłowe, peryjod regularny. Mocz oddawany w ilości znacznéj, natychmiast bieleje i mętnieje. Przysłany do zbadania okazywał następujące własności. Mocz mętny, białożółty na dnie naczynia osad białawy znacznéj grubości. Oddziaływanie słabokwaśne. Moczany i fosforany w ilości znacznie zwiększonéj, chlorki prawidłowe, barwiki w ilości nieco zmniejszonéj, białka ani cukru nie ma W osadzie znaczna ilość fosforanów, moczany ciałka śluzu. Składników morfologicznych zresztą nie ma.

Ponieważ za pierwszym razem ustąpiły objawy chorobowe po przebyciu kuracyi wodoleczniczéj, poleciłem pacyjentce udać się znów bezwłocznie do Graefenbergu, co też zaraz z początkiem sierpnia wykonała. Tym razem jednakowoż, jak się później dowiedziałem i przekonałem, nietylko że kuracyja nie wywarła korzystnego skutku ale nawet wprost okazała się szkodliwą. Lekarz ordynujący widząc iż pacyjentka staje się coraz drażliwszą, niespokojną, że czuje się bardzo osłabioną po każdéj procedurze wodoleczniczéj i że bez przerwy prawie żali się na bicie serca, sam odradza jéj od dalszego przeprowadzenia kuracyi wodoleczniczéj a przypuszczając iż całe cierpienie pacyjentki polega na macinnictwie radzi się poddać hypnozie. Pacyjentka po pewnem wahaniu się dała się do tego skłonić, lecz posiedzenie było bezskutecznem, chora nie usnęła lecz tak mocno była rozdrażnioną, że kilka dni uspokoić się nie mogła skutkiem bólu głowy i że o dalszéj kuracyi nawet słyszeć więcéj nie chciała. Wyjechała z Graefenbergu na wieś do krewnych a potém powróciła do Krakowa.

Pacyjentkę widziałem znów 14 września, w krótki czas po jéj przybyciu, a wezwano mnie znów dla wysypki na którą pacyjentka zapadła. Wysypka wystąpiła po użyciu jakiejś maści, którą pacyjentce przeciw piegom zalecono, i posiadała wybitną cechę pokrzywki. Najpierw pojawiła się tylko na twarzy i na rękach a zatem na miejscach które maścią były wysmarowane, wkrótce jednak wystąpiła także i na całem ciele. Pierwszym objawem, który po 6-cio tygodniowem niewidzeniu pacyjentki przedewszystkiem wpadł mi w oko, było wysadzenie gałek ocznych, poduszkowaty obrzęk obu dolnych powiek, i zaczerwienienie spojówek w obu kątach powiek widoczne. Niedomykalność powiek zresztą nie pozostawiała najmniejszéj wątpliwości, iż wytworzył się przez ten czas wybitny wytrzeszczak. Dalsze badanie wykazało już także i mierny wprawdzie jeszcze obrzęk gruczołu tarczykowego, co wspólnie z dotychczas stwierdzonemi objawami biciem serca, i stałem przyspieszeniem tętna odrazu właściwą istotę choroby pacyjentki nam wyjaśniło. Nie ulegało więcéj wątpliwości, że mamy do czynienia z chorobą Basedowa.

Rozpoznanie to stwierdzili znów koledzy Prof. Dr. Pareński i Dr. Marcisiewicz a dalsze leczenie pacyjentki objął Prof. Domański. Stan pacyjentki obecnie znacznie się polepszył.

III. Oceny i sprawozdania.

Toksykologija.

B e n t l i f - J e r s e y : **Otrucie gałką muszkatołową.**

Celem uleczenia własnego męża z wysypki skórnéj, podała mu żona w mleku na wieczór całą gałkę muszkatołową, obraną z kory. Na drugi dzień mąż, z chwilą gdy się miał ubierać zauważył, iż zaniewidział a ponadto zaczął się uskarżać na znaczny ból głowy. Podczas badania okazało się, iż nogi jego były otrętwiałe i bezwładne, język był czysty i suchy, suchość w jamie ust, tony serca, tętno i ciepłota prawidłowe, źrenice znacznie zwężone. Olejek rącznikowy i kalomel stan normalny przywróciły wkrótce, tylko ból głowy dłużéj się utrzymywał. (*Vierteljschrft. für ger. Med.* 1892, t. 4, z. 1). *Dr. Wachholz.*

Terapija.

K r a u s (Wiedeń): **Zastosowanie trójbromku jodu w błonicy.**

Jodum tribromatum ($J_2 + 3\ Br_2$) jest to mięszanina jodu z bromem w stosunku atomowym 5·08 jodu : 9·60 bromu, płyn barwy ciemno brunatnej, zapachu nieprzyjemnego, szybko się ulatniający; który w rozczynie 1 gr. (20 kropli) na 200 gr. wody tworzy jasny, przeźroczysty płyn, zapachu dość znośnego. Kraus stosował środek ten w przypadkach trzech ciężkiej błonicy od samego tejże początku w formie inhalacyi i płukań w rozczynie 1 : 300 wody z wynikiem

bardzo korzystnym i choć środkowi temu nie przypisuje działania swoistego, to jednakowoż daje mu pierwszeństwo przed wielu innemi środkami z powodu, że 1) posiada własności przeciwprątkowe i przeciwgnilne w wysokim stopniu. 2) Rozpuszcza błony dyfterytyczne. 3) W użyciu, szczególnie przy płukaniu o wiele przyjemniejszy niż będźwinian sodowy i chloran potasowy. 4) Obniża gorączkę.

Jednakowoż środek ten nie jest obojętnym dla organizmu i ostrożnie go stosować należy, gdyż przechodząc łatwo do obiegu krwi, może wywołać objawy zatrucia jodowego. (*Archiv für Kinderheilkunde* 1892, XIV B., V H.)

Dr. Komorowski.

Choroby skórne i weneryczne.

Janet (z kliniki prof. Guyona): **Rozpoznawanie i leczenie rzeżączki.**

Ażeby leczenie rzeżączki dało wyniki dobre, potrzeba zdaniem autora uwzględnić: 1) stopień nasilenia (ostra, podostra itd.); 2) jakość wydzieliny (ropna, śluzowo-ropna itd.); 3) rozległość rz. ze względu na powierzchnię (*anterior, posterior*); 4) jaką jest na głębokość zmian anatomo-patolog. (błona śluzowa, podśluzowa); 5) obecność i rodzaj mikrobów w wydzielinie; 6) powikłania; 7) czas trwania rzeżączki (reinfekcyje). Dopiero odpowiedziawszy sobie na powyżéj wyliczonych 7 punktów, możemy przystąpić do odpowiednio ułożonego leczenia z nadzieją, że wynik jego będzie korzystny.

W dalszéj części swéj pracy podaje i wylicza autor znane sposoby badania w tych różnych kierunkach. Większa część poświęconą jest badaniom wydzieliny rz. ze względu na obecność mikroorganizmów i ta część stanowi nowe poglądy, nowe poniekąd zasady leczenia, z któremi nas zapoznaje autor, zastrzegając się, że w krótkim czasie ogłosi ostateczne wyniki. (Pracując przez pewien czas w klinice prof. Guyona, miałem sposobność śledzić wyniki téj metody leczenia, podanéj przez Janeta, były one bardzo zadowalające).

Ze względu na obecność drobnoustrojów w wydzielinie rozróżnia J. w rz. 4 okresy i tak:

a) okres zakażenia pierwotnego (gonokoki),
b) „ „ wtórorzędnego wczesnego,
c) „ wydzieliny aseptycznéj,
d) „ zakażenia wtórorzędnego późnego; naturalnie w okresie zakażeń następowych rozchodzi się o różnego rodzaju mikroorganizmy (tylko nie gonokoki), które jakkolwiek nie mają tak doniosłego znaczenia jak gonokoki, to jednak, zdaniem autora, mogą dać początek sprawom zapalnym macicy, z charakterem ostrym lub częściéj przewlekłym. W dalszym ciągu przechodzi i wylicza autor przeważnie używane zabiegi i sposoby leczenia rzeżączki, a więc: zwykłe wstrzykiwania, przemywania obfite cewki, wkraplania (Guyon), kauteryzacyje z pomocą endoskopu, rozszerzania, leczenie wewnętrzne itd.

W ostatniéj części podaje autor swoję metodę i zasady, jakiemi się kierował przy jéj wyborze. Metoda sama przez się nie jest nową, nowym jest tylko wybór środków w odpowiednich rozczynach i w stosownéj chwili stosowanych. Cel, jaki sobie autor wytknął, jest zniszczyć stronę zakaźną rzeżączki, a więc w 1 ym rzędzie gonokoki, w drugim inne drobnoustroje zakażeń następowych. Niepodobnem jest w streszczeniu podać dokładnie całą procedurę. W krótkości przedstawia się ona tak: autor zarzuca niemal wstrzykiwania, wykonywane przez chorego, zastępując je przepłukiwaniami obfitą ilością odpowiednich płynów, stosowanych zależnie od rozciągłości sprawy chorobowéj, albo tylko na część przodkową lub całą cewkę moczową. Wykonywa je bez wprowadzenia cewnika, jedynie przy pomocy odpowiedniéj kaniuli wprowadzonéj do początku cewki i na potrzebnej wysokości umocowanego irygatora (jeżeli rozchodzi się zwłaszcza o równoczesne przepłukanie części tylnéj).

Co do wyboru środków to używa, jeżeli rozchodzi się o zniszczenie gonokoków, wyłącznie rozczynów nadmanganezianu potasu (1:4000—1000). Przepłukiwania ($^1/_2$—1 litra płynu) wykonywa przeciętnie co 24 godzin, liczbę potrzebną podaje na 6—8 przepłukań. Wynik w leczeniu i zachowaniu się wydzieliny badać należy skrzętnie mikroskopem. By nie łudzić się tylko pozornem może zniknięciem gonokoków, radzi autor, jako sposób niezawodny, wywołanie reakcyjnego zapalenia, n. p. przez wkroplenie rozczynu *arg. nitr. 1 : 100* (tylko do części przodowéj). Jeżeli i w téj sztucznie wywołanéj ropnéj wydzielinie gonok. niema, uważa je za zniszczone dokładnie. Z tą chwilą rzeżączka przedstawia, stosownie do przyjętego przez autora podziału, okres wydzieliny najczęściéj aseptycznéj lub zakażenia wczesnego następowego. Jeżeli jest aseptyczną, robi podobnie obfite przepłukiwania rozczynami azotanu srebrowego (1 : 3000—1000), później wkraplania silniejszych rozczynów. Jeżeli jednak wydzielina zawiera liczne mikrokoki, radzi przepłukiwać cewkę moczową rozczynem sublimatu (1 : 2000), jedno lub dwurazowe przepłukanie wystarcza, aby usunąć te drobnoustroje. Wyznaje autor, że są jednak przypadki rzeżączek zastarzałych, gdzie mimo wyciągnięcia w pole całego arsenału środków, resztek wydzieliny zwalczyć nam się nie uda i radzi w tych przypadkach raczej nic nie robić, niż ciągłemi manipulacyjami drażnić cewkę moczową. To jednak, cośmy zawsze starać się powinni osiągnąć, to jest aby resztki téj wydzieliny były aseptyczne. Najlepsze wyniki jakie osiągnął (sam obserwowałem 3 przypadki), odnoszą się do leczenia poronnego, w ścisłem słowa znaczeniu, rzeżączki. Ciekawi znajdą szczegóły téj metody w „*Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*“. *Dr. Eug. Borzęcki.*

Djeladedin Mouchbktar: **Trichophytiasis** (*Herpes tonsurans*) **palmae manus et plantae pedis.**

Autor nie jest pierwszym, który obserwował to umiejscowione cierpienie. Tilbury Fox (1870), Pelizzari (1888) opisali podobne przypadki, jednak rozpoznanie ułatwionem było równoczesnem zajęciem paznogci. D. M. w szpitalu św. Ludwika obserwował 3 przypadki, z których dwa dotyczyły stopy, jeden dłoni; we wszystkich trzech wykazał obecność grzyba chorobotwórczego, który odpowiadał „*trichophyton tonsurans*“. Obraz kliniczny, zmieniony warunkami miejscowemi, t. j. grubą warstwą przyskórka, przedstawia dwa okresy, raczéj dwie postacie. Pierwszą stanowią pierwotne zmiany anatomo-patologiczne w postaci pęcherzyków wielkości główki od szpilki, wypełnionych czystą, surowiczą cieczą. Takowe po 2—3 dniach zasychają, przyskórek je pokrywający złuszcza się i mamy przed sobą drugą formę z rozwoju choroby. Choroba rozszerza się jak wszystkie pasorzytnicze, odśrodkowo. W ciągu miesięcy, lat przychodzi do wytworzenia się plam o powierzchni lekko zaczerwienionéj, ścieńczałą warstwą łuszczącego się przyskórka pokrytéj. Brzeg plam stanowi pasek przyskórka odstającego od powierzchni plam, a równolegle doń biegnie wokół 2—3 mm. szeroki pas przekrwienia. Choroby, z któremi najłatwiéj można zamienić tę postać chorobową, byłyby *dishydrosis, psoriasis* zwykła i *specifica*, a jako przykład podaje autor, że jedna z pacyjentek leczoną była przez szereg lat jodkiem potasu, plastrem rtęciowym, podczas kiedy kilkorazowe zapędzlowanie *tinctura jodi*, byłoby ją uwolniło od téj niewinnéj choroby. (*Bulletin de la Société de Dermatologie* 1892). *Dr. Eug. Borzęcki.*

Medycyna sądowa.

Prof. Paltauf: **Orzeczenia sądowo-lekarskie w sprawie otruć wyciągiem paproci.**

P. kreśli obraz kliniczny i anatomiczny otrucia wyciągiem paproci. Za życia spostrzega się u otrutych objawy ostréj *gastroenteritis*, osłabienia czynności serca z dusznością i sinicą, porażenia i kurcze, a nawet tężec. Bardzo często wydarza się zaniewidzenie, zniesienie odruchu tęczówki i ro-

gówki, *nystagmus*, czasem tylko po jednéj stronie. Pod względem sądowo-lekarskim ważnem jest ścieśnienie pola widzenia i osłabienie bystrości wzroku. P. przytacza protokół z sekcyi i orzeczenie dotyczące człowieka, który będąc osłabionym wcieraniami szaruchy, po 4.50 wyciągu paproci zmarł; nadto przytacza analogiczne przypadki innych autorów. Wreszcie wskazuje autor na niewłaściwość w postępowaniu leczniczem powszechnie używanem; zwykle bowiem po podaniu wyciągu paproci zaleca się choremu zażyć olejku rącznikowego celem wydalenia nieżywego już tasiemca. Kryształki filicynowe rozpuszczone w alkalicznéj treści jelita łączą się z kwasem filiksowym, mającym własności toksyczne a rozpuszczającym się z łatwością w olejach i wzmagają w ten sposób niebezpieczeństwo zatrucia. Zatem w miejsce olejku rącznikowego powinno się stosować środki czyszczące solne lub inne, wyjąwszy oleje. Wreszcie uważa za stosowne, by co do wydawania w aptekach środka tego, były zastosowane przepisy, odnosząco się do leków heroicznie działających. (*Prager med. Wochschrft*. Nr. 5 i 6, 1892).

Dr. Wachholz.

IV. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35.)

W dyskusyi nad tym wykładem zabrał głos prof. Obaliński podnosząc, że cierpienie to u nas nie jest wcale rzadkiem, że owszem rok rocznie kilka przypadków obserwuje na swym oddziale. Co do operacyi, to dawniéj mowca trzymał się zasady bronionéj przez Bryka, t. j. wyczekiwał zupełnego wydzielenia się części obumarłych. Obecnie jednak postępuje za słusznem zdaniem Rydygiera i operuje jak najwcześniéj, przez co nie naraża się chorego na długie cierpienie i trawiącą go gorączkę (*febris hectica)*, a wykonanie saméj operacyi w początkach cierpienia nie przedstawia żadnych trudności, gdyż okostnę chorobowo zmienioną łatwo oddzielić można. Mowca bowiem twierdzi, że sprawa zawsze wychodzi z okostny, która oddzielając się od kości, wywołuje obumarcie téjże wskutek braku odżywienia. Prof. O. zgadza się na to, że czynność szczęki prędko wraca, gdyż okostna wytwarza szybko nową tkankę kostną tak, że nawet nie zachodzi potrzeba zakładania protezy.

Dr. Szymkiewicz (Kraków) ubolewa, że chirurgowie posyłają chorych dopiero po wyłuszczeniu lub resekcyi szczęki do dentysty w celu zrobienia protezy w czasie, gdy już wszystko się zabliźniło. Mowca radzi, aby zdejmowano odcisk z szczęki przed operacyją i na tym odcisku chirurg zakreślił ołówkiem miejsce, które zostanie wycięte, a dentysta z tego modelu zrobi protezę osadzając ją na pozostałą część kości.

Prof. Obaliński sprzeciwia się téj propozycyi z tego względu, że w przebiegu nekrozy fosforowéj szczęka bywa tak zniekształtnioną, że odcisk jéj w tym stanie byłby późniéj zupełnie nieprzydatny. Zdaniem mowcy należałoby jednak zdejmować odcisk bezpośrednio po operacyi, gdy wszystkie części są jeszcze miękkie, aby okostna, która jeszcze nie stwardniała, przystosowała się w nabieraniu odpowiedniego kształtu do włożonéj protezy.

Na dalsze pytania Drów Gabryszewskiego i Wehra odpowiada Dr. Szymkiewicz, że zakładanie protezy po zupełnem skonsolidowaniu blizny jest niemożliwe, zwłaszcza w przypadkach, w których brak znacznego kawałka kości. Wobec wyłuszczenia całéj szczęki nie można nawet myśleć o zakładaniu jakiéjkolwiek protezy. Przeciwnie rzecz się ma, jeżeli się przedstawi takiego chorego przed wyłuszczeniem szczęki. Wtedy można zaraz po operacyi założyć odpowiedni przyrząd do jamy ust, który przeszkadza zbytniemu kurczeniu się części miękkich. Zapatrywanie swe popiera mowca spostrzeżeniami z kliniki prof. Sauera.

Prof. Rydygier powołując się na rozległe swe doświadczenie, obserwował bowiem w klinice w Jenie kilkadziesiąt przypadków martwiny fosforowéj, nie jest za cięciem środkowem przez wargę na dół, wykonanem przez Dra Bogdanika przy resekcyi szczęki. Po takiem cięciu warga bardzo się opuszcza i powstaje znaczne zeszpecenie, tworzy się formalnie łyżka, z któréj bezustannie wypływa ślina. Z tego powodu wykonywał mowca zawsze cięcie dolne pod szczęką, a teraz wobec ulepszonéj antiseptyki można bez wszelkiego cięcia zewnętrznego od wewnątrz z łatwością wycinać fosforowo zmienione części szczęki.

Mowca wyraża zdziwienie, że prelegent w przypadku, w którym zajętą była jedna polowa szczęki, wyłuszczył od razu całą szczękę, spodziewając się, że i w drugiéj połowie wystąpi prędzéj lub późniéj martwina fosforowa i będzie ją trzeba wyłuszczać. Prof. Rydygier nawet w przypadkach zajęcia całéj szczęki sprawą chorobową, wystrzega się wyjmować całą szczękę od razu, lecz usuwa jednę połowę i dopiero po kilku tygodniach wycina drugą połowę, bo w ten sposób najlepiéj unika się tego, że broda się zapada i tworzy się ptasi dziób. Zostawiona połowa szczęki podpiera brodę, a tymczasem w miejscu wyjętéj szczęki tworzy się *callus* kostny lub włóknisty, który znów podpiera brodę tak, że można wtedy usunąć drugą połowę szczęki.

Co do protezy zgadza się mowca z zdaniem Sauera i sam widział pacyjentów Bergmanna, którym Sauer założył protezę zaraz po operacyi i rzeczywiście w tych przypadkach można było daleko skuteczniéj zapobiedz zniekształtnieniu przez bliznę niż wtedy, gdy blizna już się wytworzyła.

Prelegent wypowiada zdanie, że zdejmowanie odcisku przed operacyją jest w znacznéj części przypadków zupełnie niemożliwe z powodu szczękościsku, który często nawet podczas operacyi przeszkadza przepiłowaniu kości. Zrobienie zaś odcisku bezpośrednio po wyłuszczeniu szczęki, może sprawić pewne trudności w tamowaniu krwotoku. Co do cięcia środkowego obecnie go już prelegent nie wykonywa.

Przewodniczący otwiera następnie dyskusyję nad sprawą wydawnictwa Pamiętnika Zjazdu:

Dr. Drobnik z Poznania czyni wniosek, aby zarząd Zjazdu porozumiał się z Redakcyją „Pamiętnika Tow. lek. warszawskiego“, czyby nie chciała podjąć się wydawnictwa Pamiętnika Zjazdu.

Drowie Steiner i Sawicki z Warszawy zauważają, że prawdopodobnie Tow. lek. warszawskie nie będzie się mogło zgodzić na tę propozycyję ze względu na brak funduszów.

Po dalszych przemówieniach Drów Wehra, Barącza, proff. Obalińskiego i Marsa, uchwalono wniosek prof. Marsa, ażeby Wydział Zjazdu zastanowił się nad sprawą wydawnictwa Pamiętnika i nazajutrz przedstawił Zjazdowi konkretne wnioski do uchwalenia.

Nastąpił wykład prof. Obalińskiego: „O chirurgicznem leczeniu eksudatów parametrycznych“.

Zapalenia kołomaciczne i przymaciczne prowadzące do powstawania wysięków są następstwem i dalszym ciągiem spraw połogowych. Przebieg ich jest już to ostry, już też przewlekły, a wysięki mogą rozszerzać się szeroko, sięgając do *fossa iliaca* lub do *fossa renalis*, nawet mogą przebić przeponę i dostać się do klatki piersiowéj. Aby takiemu szerzeniu się sprawy zapalnéj zapobiedz, postępuje prelegent za wskazówką Bardenheuera, który radzi przez cięcie nadłonowe dostać się do ropnia, a w sprawach daleko posuniętych wykonać w celu otwarcia ogniska zapalnego cięcie nadpachwinowe. Odłuszczywszy z największą ostrożnością otrzewnę i zwracając baczną uwagę na to, aby jéj nie uszkodzić, wchodzi się w głąb tak daleko, póki się nie natrafi na ognisko ropne, do którego zakłada się następnie sączek. Co do chwili najstosowniejszéj do wykonania operacyi, radzi Bardenheuer nawet wykonywać cięcie przed wytworzeniem się ropnia, sam postępuje w ten sposób i osięgnął pomyślne wyniki. Prelegent w pierwszéj chwili wyczekuje, wiedząc z doświadczenia, że częstokroć zapalenie kołomaciczne i bez

operacyi ustępują i dopiero gdy naciek można oburącz wybadać, przystępuje prof. O, do wykonania operacyi.

W końcu podaje prelegent opis przypadku, w którym po połogowem zapaleniu kołomacicznem wytworzyło się przykurczenie uda, przy badaniu wewnętrznem wyczuć można było naciek, w którym jednak nie było fluktuacyi. Chora nie gorączkowała wcale. Po wykonaniu cięcia Bardenheuera znaleziono *psoitis fibrosa*, jako pozostałość po dawnem zapaleniu połogowem. Mięsień przecięto i wyprostowano kończynę.

W dyskusyi zabrał głos prof. Mars podnosząc, że zapalenie kołomaciczne jest jednym z objawów zakażenia połogowego, które może albo przejść w wyleczenie, albo pociągnąć za sobą groźne, przez prelegenta omówione następstwa. Z własnéj praktyki zna mowca mnóstwo przypadków spraw zapalnych kołomacicznych, a minimalna część tych przypadków przeszła w ropienie. Zazwyczaj sprawa zapalna ustępuje, wypocina ulega wessaniu, a wyjątkowo tylko wytwarza się ropień. Rzecz naturalna, że takie przypadki ropnia dostają się w ręce chirurgów, a że tych innych pomyślnie przebiegających przypadków nie widzą, ztąd wyrabia się mylne pojęcie o przebiegu *parametritis*. Z tego powodu prof. Mars w tych przypadkach, w których niema skonsolidowanego ropnia, nie radzi podejmować operacyi, spodziewając się, że można w sposób bezkrwawy i łatwy sprawę chorobową usunąć.

Dr. Schramm, wskazując analogiję między omawianą sprawą chorobową a *typhlitis*, stara się rozstrzygnąć pytanie, kiedy jest najlepsza chwila do operacyi. Zdania chirurgów bowiem w téj kwestyi są bardzo podzielone i podczas gdy jedni radzą jak najwcześniéj operować, inni czekają, aż wystąpi chełbotanie. Mowca radzi wobec *parametritis* nie czekać aż wystąpi ropienie, lecz robić nacięcie wczas. Że takie nacięcie skraca przebieg sprawy nawet w przypadkach, gdzie niema jeszcze ropienia, o tem miał mowca kilkakrotnie sposobność przekonania się. W przypadkach *parametritis* przewlekłéj radzi Dr. S. wykonywać cięcie Bardenhduera jako mniéj niebezpieczne, a tylko wobec spraw daleko posuniętych, gdy się rozchodzi o szerokie otwarcie ropnia, a cięcie to nie doprowadza do skutku, należy wykonać operacyję Peana.

Dr. Sawicki z Warszawy zwraca uwagę na to, że w przypadkach ropnia otrzewna bywa zazwyczaj bardzo kruchą i że przy oddzielaniu jéj łatwo może się przedrzeć, jak to raz tego mowca doświadczył.

Prof. Mars określa bliżéj chwilę stosowną do wykonania operacyi; dopóki istnieje stała gorączka i bolesność, niema wskazania do operacyi, skoro dopiero objawy te ustąpią a zjawi się gorączka zwalniająca lub przepuszczająca, wtedy może nastąpić wskazanie do zabiegu operacyjnego.

Dr. Steuermark wychodząc z zasady powszechnie w chirurgii przyjętéj, że należy przez cięcie jak najprędzéj zmniejszyć napięcie tkanki zapaleniem dotkniętéj, radzi jak najwcześniéj operować, przez co napięcie się zmniejsza, a ropa, która póżniéj się wytworzy, znajdzie drogę do odpływu.

Prof. Obaliński usprawiedliwia się, że z powodu pośpiechu pominął niektóre kwestyje, które następnie w dyskusyi poruszono. Określenie wskazania do operacyi przez Bardenheuera samego jest bardzo niejasne. I tak powiada B., że w każdym przypadku wysięku septycznego rozległego, gdy grozi rozszerzeniem i gdy istnieje znaczna infekcyja ustroju, należy operować. W jaki sposób np. poznać czy wysięk grozi rozszerzeniem, B. nie podaje. W końcu prelegent przytacza przypadek *parametritis*, w którym w jednym z zakładów wiedeńskich zrobiono nacięcie, a pomimo to przez kilka miesięcy sprawa nie chciała się zagoić. Prelegent robi zazwyczaj cięcie 12—15 ctm. długie, idzie w głąb palcem i szuka, a w tym ostatnim przypadku np. znalazł drogę jedną dążącą do nerki, drugą do macicy

Dr. Barącz ze Lwowa: O wartości płytek z brukwi przy enteroanastomozie sposobem Senna (z demonstracyjami).

Dr. B. podniósł najpierw doniosłość szwu płytkowego Senna dla chirurgii żołądkowo-jelitowéj, następnie mówił o trudnościach, z przyczyny których metoda Senna nie przyjęła się dotychczas na kontynencie europejskim, wreszcie okazał sposób przyrządzania płytek własnego pomysłu i demonstrował wyniki operacyjne po zastosowaniu tychże na całym szeregu preparatów, uzyskanych z psów (patrz „Przegląd Lek." 1892, Nr. 24). Wyniki te okazały się tak korzystnemi, że prelegent użył swoich płytek dwukrotnie także na człowieku. W jednym przypadku (gastroenterostomija wobec rozległego raka odźwiernika) wynik był idealny, w drugim (*resectio ilei, hernia gangraenosa*) u 73 letniéj kob ety) nastąpiło zejście śmiertelne z zapadu, niezależnie od użycia płytek.

Dr. B. poleca szczególnie szew płytkowy za pomocą swoich płytek przy gastroenterostomii,

Dyskusyja:

Dr. Wehr (Lwów) jest zwolennikiem sposobu Senna, gdyż upraszcza i skraca znacznie operacyę enteroanastomozy, jednakże nie radzi wykonywać téj operacyi wobec przepukliny uwięźniętej, chyba że się robi odrazu laparatomiję. Jeżeli już przy szyciu zwykłym sposobem trudno tak kiszkę ułożyć, aby linija szwów dokładnie się z sobą stykała, tem trudniej to z płytkami Senna. Wobec tego, że zazwyczaj kiszka uwięźnięta jest krucha, repozycya jej z płytkami Senna po zeszyciu przedstawia wielkie niebezpieczeństwo pęknięcia kiszki, jeżeli nie zrobi się dużego otworu, co znów wychodzi na laparatomiję. To właśnie miało miejsce w przypadku Dr. Barącza; o ile wykonanie operacyi saméj było bardzo łatwe, repozycyja przedstawiała znaczne trudności, i mowca przypuszcza, że przyczyną zejścia śmiertelnego było rozsunięcie się w pewnem miejscu płytek. Co do modyfikacyi, ażeby zamiast kostnych płytek odwapnionych używać brukwi, to zdaniem mowcy, nie przedstawia ona żadnej korzyści. Brukwi nie o każdej porze i nie w każdem miejscu dostać można.

Dr. Ziembicki chwali wprawdzie szew Senna przy enteroanastomozie, jakkolwiek sam operował 12 przypadków z rzędu z pomyślnym rezultatem posługując się szwem zwyczajnym, jednakże potępia szew Senna w herniotomii. Nadto zarzuca prelegentowi, że do tej operacyi wybrał przypadek zupełnie nieodpowiedni bo osobę 73 letnią, od 8 dni chorą. W tym przypadku należało zdaniem mowcy założyć sztuczną rzyć, a przez wypuszczenie kału byłoby się bez wątpienia chorej wiele pomogło, bo byłoby się uwolniło jelita od téj ogromnéj masy ptomainów wypełniających porażone jelita.

Prof. Obaliński odwołując się do tego, co w przeszłym roku o szwie Senna powiedział, uważa szew ten za zbyteczny.

W obronie szwu Senna występują Drowie Schramm i Wehr, jednakże stanowczo sprzeciwiają się używaniu go przy herniotomijach, a w końcu prelegent zbijał zarzuty prof. Obalińskiego, wskazując na uznanie jakie metoda Senna zyskała sobie u chirurgów angielskich i amerykańskich. Niesłusznem jest także, sądzi prelegent, twierdzenie, że brukwi nie zawsze dostać można.

Na tem posiedzenie zakończono, a wieczorem prof. Rydygier, jak już w innem miejscu donieśliśmy, podejmował uczestników Zjazdu w Mydlnikach.

Posiedzenie V.

we czwartek dnia 14 lipca 1892.

Przed początkiem posiedzenia Dr. Barącz wykonał na psie wobec uczestników Zjazdu enteroanastomozę za pomocą szwów płytkowych z brukwi.

Następnie przewodniczący zdał sprawę z uchwały Wydziału co do dalszego wydawnictwa Pamiętnika Zjazdu. Wydział mianowicie uchwalił wydawać Pamiętnik w téj saméj formie co dotąd, jeżeli na to fundusze starczą, w przeciwnym razie uchwalono drukować wykłady w skróceniu, a tylko dyskusyje *in extenso*. Po dłuższéj dyskusyi uchwalono wniosek Wydziału wraz z dodatkiem Dra Wehra, że członko-

wie Zjazdu obowiązują się przynajmniéj przez przeciąg 4 miesięcy nie ogłaszać w żadnem z pism polskich swoich wykładów. Za to Wydział postara się, jeżeli go prelegenci w tych usiłowaniach poprą, wydać w tym czasie Pamiętnik.

Nastąpił wykład Dra Gabryszewskiego: O znieczulaniu kokainą.

Prelegent podnosi zalety kokainy jako środka znieczulającego i ubolewa, że dotąd nie znalazła jeszcze tak rozległego zastosowania jak na to zasługuje. Opierając się na nader bogatéj literaturze, o któréj pokrótce wspomina, oraz na spostrzeżeniach i doświadczeniach na kilku stach przypadków z kliniki chirurgicznéj krakowskiéj, dochodzi prelegent do wniosku, że kokaina stoi wyżéj niż chloroform jako środek znieczulający. W klinice krakowskiéj wykonano pod znieczuleniem kokainowem prócz mnóstwa mniejszych operacyj: herniotomije, laparatomiję próbną, wyłuszczenie wola torbielowego i i. Do wstrzykiwań posługiwano się $2^1/_2$ % roztworem, używając na raz 0·05 gr., a na głowie 0·02 gr. Chcąc znieczulić większą część skóry, np. przy wyłuszczaniu większych kaszaków, należy dawkę rozdzielić i zrobić kilka injekcyj.

II. wykład. Prof. Rydygier: „O ranach przepony“.

Prelegent zaznacza na wstępie, że w literaturze o ranach przepony na pierwszem miejscu znajdują się prace chirurgów polskich (Sawicki, Postępski, Kosiński). Wspomniawszy o zaletach i wadach wszystkich metod podanych do leczenia ran przepony, opisuje prof. R. swoję metodę operacyjną, którą jednak tylko wtedy zastosować można, gdy rana zewnętrzna znajduje się na klatce piersiowéj i w których niema zranienia jelit lub innych trzew brzusznych. W przypadku takim radzi prelegent rozszerzyć ranę na klatce piersiowéj w kierunku poprzecznym ku mostkowi i dodać do tego od rany cięcie pionowe ku dołowi. Otrzymany w ten sposób płat trójkątny można z łatwością odwinąć i jak prof. R. przekonał się doświadczeniami na trupie i psach można dość łatwo dostać się do rany przeponowéj. Dostanie się zaś do rany przeponowéj od strony klatki piersiowej ma zdaniem prelegenta między innemi tę wyższość nad torowanie sobie drogi od jamy brzusznéj, że uwięźnięte jelita z powodu ciśnienia ujemnego klatki piersiowéj od strony brzucha z wielką trudnością wydobyć można, podczas gdy po otwarciu klatki piersiowéj znajduje się już tu ciśnienie atmosferyczne. (C. d. n.)

V Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 września. W ostatnich dniach występuje coraz więcéj ognisk cholery w Europie, a coraz to nam bliższe jéj sąsiedztwo. Nietylko w lubelskiem lecz i w samym Lublinie grasuje już cholera. Z Odessy donoszą o niewątpliwych przypadkach cholery. W Hamburgu sroży się epidemija gwałtownie, według urzędowych sprawozdań w jednym dniu (30 b. m.) zachorowało 508 umarło 268 osób. Prócz tych miejsc donoszą o pojedynczych przypadkach cholery z różnych miast Niemiec, z miast portowych Anglii i Francyi. W Paryżu, mimo wszelkich zaprzeczeń ze strony urzędowéj, rozwija się epidemija z większą siłą. W Rosyi obliczają śmiertelność dzienną na 3500 osób.

* Celem zwiedzenia urządzeń ochronnych przeciw cholerze, oraz celem przekonania się o ile zarządzone środki ochronne zostały wykonane, przyjechał do Galicyi radca ministeryjalny i referent spraw sanitarnych Dr. Kusy. W podróży téj inspekcyjnéj, która obejmować będzie przeważnie nadgraniczne powiaty kraju, towarzyszy Drowi Kusy'emu krajowy referent spraw sanitarnych Dr. Merunowicz. Wczoraj zwiedzano urządzenia sanitarne w Krakowie.

* W obecnéj epidemii zdawałoby się, że trzeba przyjąć podział cholery na urzędową (urzędownie stwierdzoną) i nieurzędową. Ta druga przedstawia się dużo gorzéj, zabiera bowiem więcéj ofiar, skutkiem zaniedbania przepisów ostrożności tak ze strony władz, jakoteż i ludności. Dowodem tego Hamburg, gdzie ogłoszono urzędownie pojawienie się cholery dopiero wtenczas, gdy już 219 osób zachorowało, a 75 umarło. Cholera nieurzędowa ma również zbyt niekorzystny wpływ na rozwój i czas trwania epidemii, gdy bowiem urzędowo stwierdzony przypadek się pojawi, otacza go szereg komisyj, cały zastęp lekarzy i pełne wiadra środków desinfekcyjnych, współmieszkańcy i sąsiedzi zachowują środki ostrożności, które zdaniem lekarzy mogą zupełnie zabezpieczyć od zarazka.

Tegoroczna epidemija ma ten dziwny charakter, że przerzuca się niezmiernie szybko po różnych miastach Europy. Że do tego przyczyniają się koleje żelazne i parowce, nie ulega wątpliwości.

Nie wdając się w naszéj kronikarskiéj pogadance w kwestyję naukową, prosta logika każe nam sądzić, iż przewożą chorobę podróżni, a przewożą ją nie tyle w ubiorach, pakunkach itd. ile raczéj wiozą zarazek w organiźmie. Nie można zaprzeczyć, że desinfekcyja podróżnych wiele zdziałać może, lecz niestety do desinfekcyi przewodu pokarmowego nie posunęły się jeszcze komisyje sanitarne. Wobec tego, jedynie współdziałanie publiczności może dać dobre wyniki. W tym kierunku położony nacisk tak przez opiekuńcze władze, jakotoż autorów wydających popularne przepisy, aby publiczność pod ścisłą kontrolę podciągnęła przybyszów, nie wahała się zawezwać lekarza gdy tylko najmniejsze powstaje podejrzenie co do istoty choroby, może dać najlepszy rezultat i będzie najdzielniejszym środkiem zapobiegawczym.

Tak publiczność jak lekarze prywatni, oraz władze nie powinny taić o pojawieniu się cholery, niedopełnienie bowiem tego warunku zabezpieczy wprawdzie na jakiś czas pewną część ludności przed strachem, lecz urzędowo stwierdzony i podany do wiadomości przypadek uchroni wielką część ludzi od choroby i śmierci.

* W Medycynie Nr. 35 czytamy: Stopniowo wciąż, acz powoli, postępuje epidemija cholery w Rosyi. W miarę posuwania się jéj w kierunku północy staje się widocznym wpływ tych wszystkich środków zaradczych, jakie przedsięwzięte były zawczasu do walki z epidemiją. Obecnie do głównych ognisk zaliczyć wypada Samarę, Saratow i Rostow nad Donem. Epidemija szerzy się w 3-ch kierunkach, ku północy i zachodowi z natężeniem słabem i na wschód z natężeniem nieco większem. Jakkolwiek duża ilość robotników z południa powraca pociągami i w nich zapada na cholerę, to jednak nie powodują oni większéj ilości zasłabnięć, ponieważ na całéj linii kolei żelaznych urządzone są lazarety, gdzie chorzy zostają natychmiast umieszczeni, wagony zaś podlegają natychmiastowéj desinfekcyi. Na wszystkich drogach żelaznych ruskich wydano rozporządzenie, aby wszystkie siedzenia wyścielane zaopatrzone były w kapy płócienne, które z łatwością można prać i desinfekować. Przy każdym pociągu w miejscowościach dotkniętych epidemiią kursuje wagon specyjalny dla chorych z personalem lekarskim i wszystkiemi potrzebnemi środkami ratunkowemi.

27 lipca pomimo panującéj od tygodnia epidemii, otwarto jarmark w Niższym Nowogrodzie. Dzięki przedsięwziętym zawczasu środkom ostrożności cholera nie jest tak gwałtowną. Niestety pierwszą ofiarą padł lekarz delegowany tu do walki z epidemiją, Dr. Idelson. Szpital pływający przepełniony chorymi tak, iż gubernator tameczny, generał major Baranow, odstąpił własnego mieszkania na urządzenie szpitala czasowego.

Dr. Wahl w Petersburgu dokłada wszelkich starań, mających na celu ulepszenie stanu sanitarnego. Codziennie 60-iu lekarzy dokonywa oględzin domów, skazując na wysokie kary pieniężne gospodarzy, nie wypełniających ich zleceń. Niestety, daje się w Petersburgu czuć wśród prostego narodu z tego powodu niezadowolenie i przekonanie, że wszystkie te środki bezpieczeństwa ogólnego są zbyteczne, że cholera żadna nie istnieje, że lekarze sami ją dla swych celów stwarzają. Dwóch podobnych wichrzycieli udało się policyi schwycić i odstawić na miejsca stałego zamieszkania.

Dla ułatwienia zdobywania sobie środków desinfekcyjnych i uniknięcia podniesienia cen ich, departament lekarski sprowadził z zagranicy dwa okręty środków i sprzedaje je po cenach niskich. Dwa razy tygodniowo odbywają się odczyty o pielęgnowaniu chorych cholerycznych. Jednem słowem robi się wszy-

stko, co może walkę z tym strasznym dla ludzkości wrogiem uczynić skuteczną.

Co się tyczy dalszego rozszerzania się cholery, to w ubiegłym tygodniu cały szereg nowych miejscowości, położonych na linii kolei lub lini wodnéj, nawiedzony został epidemiją. Okazało się przytem, że roznosicielami cholery są głównie osoby, uciekające przed nią, u których okres wylęgania trwa 2—3 dni.

W Petersburgu w ciągu kilku dni zgłosiło się przeszło 300 dam, które przyjęły na siebie obowiązek pielęgnowania chorych, pomijając już pomocy ze strony sióstr miłosierdzia, należących do „czerwonego krzyża". Nadto urządzono w mieście „tanie kuchnie", w których biedni otrzymywać będą pożywne i smaczne obiady za 5 kop.

Na południu epidemija zaczyna szybko ustępować, na zachodzie zaś słabnie. Ze względu na obszar dotkniętéj przez epidemję ziemi (niemal 1/3 całego Państwa Ruskiego) i nadzwyczajną odległość jednéj miejscowości od drugiéj, pomoc lekarska jest trudną a śmiertelność większą.

* W tych dniach otrzymaliśmy kilka książeczek będących bardzo na czasie, traktujących bowiem sprawę cholery. Prace te przeznaczone dla szerszéj publiczności, przedstawiają rzecz jasno i zrozumiale, zawierają przeważnie przepisy profilaktyczne a poniekąd leczenie domowe. Oto ich tytuły:

Dr. O. Bujwid: O zarazku cholery, treściwe sposoby rozpoznawania, desinfekcyi i zapobiegania cholerze. Warszawa 1892.

Dr. Grünhaut: Kilka słów o cholerze. Trembowla, nakładem Wydziału rady powiatowéj. (Dochód przeznaczony na budowę szpitala powiatowego).

Prof. Dr. W. Jaworski: Cholera. Pouczenie przystępne dla nielekarzy, na podstawie nowoczesnéj nauki lekarskiéj. Kraków 1892.

* Artykuły o cholerze umieszczone w ostatnich Nrach „Przeglądu", wyszły w osobnéj odbitce, któréj treść rozszerzoną została. Równocześnie opatrzył prof. Jaworski dla dogodności kolegów praktyków ze względu na potrzebę chwili bieżącéj powyższą pracę w dokładny spis rzeczy tak, że szybkie zoryjentowanie się w szczegółach jest bardzo ułatwionem.

* W Wiedniu z pośród 2000 lekarzy zgłosiło się do usług na przypadek cholery jedynie 48. Z powszechnego szpitala wiedeńskiego zgłosił się jeden sekundaryjusz i jeden asystent.

* Na kongres międzynarodowy dermatologiczny we Wiedniu jedzie z Krakowa doc. Dr. Zarewicz, prymaryjusz oddziału chorób skórnych i wen. szpitala św. Łazarza. Temuż kongresowi przedłoży Dr. Ż. Krówczyński, prymaryjusz oddziału chorób skórnych i wen. szpitala powszechnego we Lwowie, rzecz „o doświadczeniach w sprawie zapobiegania kile".

* Z powodu 25 letniego jubileuszu profesorskiego Dra Billrotha we Wiedniu, położono w Bergen na wyspie Rugii na domu, w którym się Billroth (jako syn kaznodziei) urodził, staraniem prof. Dra Schmidta z Lipska, tablicę pamiątkową z napisem: „Dnia 26 kwietnia 1829 urodził się tutaj Teodor Billroth. Z biegiem lat profesor chirurgii w Zurychu i Wiedniu. Jeden z najwybitniejszych chirurgów swojego czasu".

* W tygodniu 33-ym (od 14—20 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 12, urodzeń 45, skonów 49, z tych z gruźlicy 11, z nieżytu żołądka i jelit 7, z zapalenia płuc 3, z ospy 1, z płonicy 1, z duru plamistego 1, z czerwonki 1.

* Do dnia 22 sierpnia było w Krynicy gości 4366, — w Szczawnicy do d. 21 sierpnia 2742, — w Truskawcu do 19 sierpnia 1158.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. Dr. Kazimierz Kostanecki, prosektor instytutu anatomicznego w Giessen, został mianowany nadzw. profesorem anatomii porównawczéj w Uniwersytecie Jagiell.

* **Zmarli**. Przed kilku dniami umarł we Wiedniu prof. Ludwik Bandl, jeden ze znakomitszych ginekologów wiedeńskich, w 50 roku życia. — W Chicago umarł prof. pediatryi i położnictwa Dr. J. Sydnam Knox.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Pamiętniku* Tow. lek. warszaw z. II, 1892: Janowskiego: Przyczynek do anatomii patologicznéj marskości wątroby u człowieka, powstałéj pod wpływem zastoju żółci. Bujwida: Wścieklizna u ludzi i leczenie zapobiegawcze według metody Pasteura (dok.). Kamockiego: Badania anatomo-patol. nad szklistem zwyrodnieniem łącznicy. Sawickiego: Wpływ czynników fizycznych i chemicznych na elektryczne własności nerwów i innych tkanek (dok.). Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1891. — W *Gaz. Lek.* Nr. 27: Hoyera: O zastosowaniu płytek miki do badań mikroskopowych. Skłodowskiego: Moczopędne działanie kalomelu w cierpieniach nerek (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 27: Ołtuszewskiego: O zboczeniach mowy, o jąkaniu i bełkotaniu. Goldflama: Przyczynek do patologii porażeń ołowianych (c. d.). — W *Kronice. Lek.* Nr. 6: Krajewskiego: O doraźnéj pomocy przy zatrzymaniu moczu (c. d.). Sędziaka: Kilka uwag w kwestyi stosowania galwano-kaustyki w chorobach, gardła, krtani, nosa i uszów (dok.). — W *Gazecie. Lek.* Nr. 28: Brunera: O zapaleniu kiszek błoniastem. Kamockiego: Zapalenie białkówki, oderwanie siatkówki, uleczenie dobrowolne w następstwie przebytéj odry. — W *Medycynie* Nr. 28: Lublinera: Gruczolak krtani. Ołtuszewskiego: O zboczeniach mowy, o jąkaniu i bełkotaniu (c. d.). — W *Kronice Lek.* Nr 7: Kurtza: O stosowaniu thiolu w ginekologii. Jaworskiego J.: Przyczynek do etyjologii t. zw. sapki i leczenia jéj u ssawców. — W *Gazecie Lek.* Nr. 29: Dogiela: O wpływie niektórych soli potasowych na mięśnie i nerwy. Wolberga: Nowy przypadek szkarlatyny i ospy jednocześnie przebiegających u tego samego dziecka. — W *Medycynie* Nr. 29: Mintza: Niezwykły przypadek uchyłku przełyku. Goldflama: Przycznek do patologii porażeń ołowianych. — W *Gazecie Lek.* Nr. 30: Gajkiewicza: O drżeniu histerycznem. Fajersztajna i Kuczyńskiego: Trzy przypadki białaczki u myszy białéj. — W *Medycynie* Nr. 30: Czarnocki: O znaczeniu praktycznem limanów i morza Czarnego w lecznictwie. Ołtuszewskiego: O zboczeniach mowy, o jąkaniu i bełkotaniu (c. d.). — W *Gazecie Lek* Nr. 31: Kamieńskiego: Początki histeryi u dziecka. Próba objaśnienia przyczyny objawów histerycznych. Herynga: Przypadek gruźlicy gardziela, zakończony wyleczeniem. — W *Medycynie* Nr. 31: Bujwida: Kilku słów o poszukiwaniu zarazka cholery. Ołtuszewskiego: O zboczeniach mowy, o jąkaniu i bełkotaniu.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. Murdzieński.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 10 Września 1892. Nr. 37.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Doświadczenia w sprawie zapobiegania kile.[1])

Podał

Dr. Ż. Krówczyński.

Najszczytniejszym zadaniem sztuki lekarskiéj pozostanie na zawsze zapobieganie chorobom. Dzięki postępowi bakteryjologii, mikrochemii i hygijeny jest widoczny także postęp w sprawie zapobiegania ostrym chorobom przyrzutowym. Oddzielenie pierwszego przypadku z chorobą przyrzutową ostrą, może powstrzymać nawet wówczas chorobę, gdy zresztą są wszystkie dane do powstania epidemii. Zdawałoby się, że tem łatwiéj powinno się zapobiedz przewlekłéj chorobie przyrzutowéj, szczególnie takiéj, w któréj znamy chwilę zetknięcia się z przyrzutem i najczęściéj znamy miejsce wejścia jadu. Nie wspominam o oddzielaniu chorych dotkniętych przewlekłą chorobą przyrzutową, bo ono w zastosowaniu do kiły jest niemożliwem. Tymczasem w tych chorobach nie wiele osiągnęliśmy zapobieganiem. Historyja podaje, że Calderon miał posiadać środek zapobiegający kile; zabrał on jednak tajemnicę do grobu i nie zdołano stwierdzić, o ile podanie było prawdziwe. Boeck robił doświadczenia, szczepiąc wydzielinę szankrów miękkich zmięszaną z różnemi środkami leczniczemi; kto zna te doświadczenia, zgodzi się ze mną, że niewiele z nich pozytywnych wniosków wyciągnąć można. Wspominam jednak o obu lekarzach, bo prace ich zrodziły we mnie myśl doświadczeń w tym kierunku. Rozpocząłem je pierwotnie jeszcze w r. 1878, przekonawszy się jednak, że szczepienie tak wydzieliną szankrów miękkich jakoteż wydzieliną wczesnéj kiły na zwierzętach, jako to myszkach, królikach i morskich świnkach się nie udają z powodu napotykanych trudności przerwałem je, aby w r. 1890, 1891 i 1892 znów powtórzyć na zwierzętach z równie ujemnym wynikiem. — Wreszcie postanowiłem robić doświadczenia na ludziach wydzieliną wrzodów miękkich. Stwierdziwszy, że wydzielina tak zwanych szankrów miękkich, jakoteż wydzieliny zaraźliwe wczesnéj kiły oddziaływają alkalicznie, wydawało mi się, że płyn, który miałby zapobiegać zarażeniu powinien oddziaływać kwaśno a to rozumowanie popierał fakt dobrze znany, że wrzody miękkie, przedewszystkiem zaś pierwotne objawy kiłowe w pochwie należą do najrzadszych zjawisk najprawdopodobniéj właśnie z powodu kwaśnego oddziaływania prawidłowéj wydzieliny pochwy.

Nie będę nużył Szanownego Zgromadzenia wyliczaniem środków przezemnie używanych, które mnie zawodziły, ale pragnę zdać pokrótce sprawę ze środka, który zdaje się odpowiednio użyty znosi własności zaraźliwe wydzieliny kiłowéj. Zanim wymienię środek i opiszę sposób w jaki postępowałem podczas doświadczeń, muszę się przyznać, że miałem uzasadnienie teoretyczne do robienia doświadczeń w własnościach użytego płynu. Wprawdzie nie brak nam środków silnie żrących, które właśnie z powodu silnie żrącego działania niszczą poza ustrojem wydzieliny szankrów miękkich i znoszą prawdopodobnie zaraźliwe własności wydzielin kiłowych. Niestety, nie można ich używać, bo niszczą tkaniny ustroju a od środka używanego żądałem, aby miał własności desinfekcyjne ale mimo to nie działał żrąco i nie niszczył tkanin ustroju ludzkiego. Tym warunkom odpowiada woda utleniona. Panowie chemicy wytłómaczą na czem działanie polega, mnie do doświadczeń wodą utlenioną, zachęcał znany bakteryjologom fakt, iż zarazki tracą częściowo lub całkowicie własności zarażania, gdy są dłuższy czas wystawione na działanie powietrza. Nie wiem czy słusznie przypuszczam, że w danym przypadku działa tlen; wychodząc jednak z tego założenia, przypuszczałem, że im większa ilość wolnego tlenu na zarazek zadziała, tem prawdopodobniéj powinien zarazek utracić swe szkodliwe własności. Wreszcie porównanie pod drobnowidem wydzieliny saméj i z domieszką wody ulenionéj stwierdzało, że środek użyty przeistacza bardzo widocznie tak wydzielinę szankrów miękkich jakoteż twardych i nacieków kłykcino-

[1]) Rzecz przedłożona międzynarodowemu kongresowi dermatologicznemu we Wiedniu.

wych sączących. Oto usprawiedliwienie, dlaczego używałem wody utlenionéj z dodatkiem kwasu solnego rozcieńczonego w stosunku 100:0·5.

A teraz przedłożę Szanownemu Zgromadzeniu sposób postępowania.

Wrzody miękkie szczepiłem przeważnie u dotkniętych szankrami miękkiemi albo u dotkniętych kiłą. Najczęściéj w ten sposób postępowałem. Przez skaryfikacyję skóry na wewnętrznéj powierzchni przedramienia stwarzałem korzystne dla przeszczepiania warunki; zazwyczaj skaryfikowałem trzy miejsca, rzadziéj dwa i w pierwszym razie na najbliżéj łokcia ułożonem miejscu, zaszczepiałem wydzielinę szankra miękkiego zmięszaną z jedną lub dwiema kroplami a co najwięcéj 4-ma kroplami wody utlenionéj z dodatkiem kwasu solnego na szkiełku zegarkowem, przyczem zawsze powstawało mniejsze lub większe pienienie, tem większe im świeższą była woda uleniona, którą kazałem sobie dostawiać najczęściéj w 15 grm. flaszeczkach i zazwyczaj przy każdem szczepieniu używałem świeżéj flaszeczki. Poniżéj tego miejsca przenosiłem wydzielinę szankra bez pomieszki równie jak na trzecie miejsce skaryfikowane najbliżéj przegubu ręki ułożone z tą tylko różnicą, że po 1—2 minutach wkraplałem na środkowe miejsce wodę utlenioną z kwasem, przyczem zawsze pienienie następowało, a po 1—2 minutach ścierałem ile możności dokładnie watą dobrze zwilżoną w tejże wodzie miejsce szczepienia, na miejscu zaś najniżéj ułożonem zostawiałem wydzielinę ropną samą i pacyjentkę uwalniałem po zupełnem zaschnięciu wydzieliny. Szczepiąc w dwóch miejscach, przenosiłem bliżéj łokcia wydzielinę zmięszaną z wodą utlenioną, na drugie zaś skaryfikowane miejsce czystą, ewentualnie bez domieszki, wydzielinę ropną.

Rezultat szczepienia wydzieliną szankrów miękkich w 15 przypadkach był następujący:

Na 14 przypadków szczepienie w tych miejscach, gdzie szczepiłem wydzielinę szankrów miękkich zmięszaną na szkiełku z wodą ulenioną z dodatkiem kwasu solnego, był w 12 przypadkach rezultat ujemny, tj. owrzodzenia miękkie nie powstały i po kilku dniach zaledwie dostrzedz można było ślady skaryfikacyi bez wszelkiéj reakcyi miejscowéj. W jednym przypadku u choréj dotkniętéj późną kiłą powstało owrzodzenie, którego nieśmiałbym nazwać szankrem miękkim i to dopiero 6 dnia po szczepieniu. Tutaj winienem dodać, że woda utleniona w tym przypadku użyta na 9 dni przedtem dała rezultat pożądany i kilkakrotnie była przedtem używaną; może więc na karb tego dodatni (?) rezultat kłaść należy. W drugim przypadku rezultat szczepienia był również dodatni, a dotyczy on choréj dotkniętéj objawami wczesnéj kiły, u któréj w braku świeżéj użyto wody, którą 5 miesięcy posiadałem, i która zmieszana z wydzieliną prawie nic nie pieniła; mimo to w danym przypadku również dopiero 6-go dnia po szczepieniu powstanie wrzodu było widoczne.

W obu powyżéj wymienionych przypadkach i jeszcze w dwóch innych powstały owrzodzenia w miejscach, w których szczepiono wydzielinę wrzodu miękkiego, wcierając ją w skaryfikowane miejsce i po 4 minutach wkraplano na nią wodę utlenioną a późniéj jeszcze watą zamaczaną w wodzie utlenionej starto. W obu przypadkach szczepione były dotknięte kiłą, jedna późną, druga wczesną. Wreszcie w jednym przypadku (15) szczepiłem wodę utlenioną z dodatkiem ługu potasowego i w tym przypadku rezultat szczepienia był dodatni, t. j. owrzodzenie charakterystycznie miękkie powstało w zwykłym czasie, t. j. 3 dnia był wyraźny pęcherzyk o zawartości ropnéj z obwódką zapalną żywo czerwonego koloru.

We wszystkich 14 przypadkach powstały ma się rozumieć szankry miękkie w tych miejscach, w których zaszczepiono wydzielinę bez wszelkich domieszek.

Zachęcony temi wynikami szczepiłem w 4 przypadkach u chorych dotkniętych późną kiłą, wydzielinę z ropiejących pierwotnych objawów kiły lub kłykcin sączących. Pragnąłem się przekonać, czy i jaki będzie rezultat szczepienia. Dokonywałem je w ten sam sposób jak przy szczepieniu wrzodów miękkich z tą tylko różnicą, że szczepiłem tylko w jednem miejscu zmieszawszy wydzielinę na szkiełku z wodą utlenioną z dodatkiem kwasu solnego. We wszystkich przypadkach nie było żadnéj reakcyi i trzeciego dnia zaledwie dostrzedz można było ślady skaryfikacyi. Tutaj jeszcze dodam, że tak przy szczepieniu wrzodami miękkiemi jak i przy wszystkich innych przestrzeń skaryfikowana nigdy nie była większa niż powierzchnia przeciętego grochu średniéj wielkości, a skórę przed skaryfikacyją zawsze obmywałem wodą i mydłem a potem 3% watą karbolową i nakoniec bardzo dokładnie osuszałem.

Doświadczenia powyżéj opisane, które robiłem pod kontrolą wspólnie ze mną pracujących kolegów na oddziele, tak rozentuzyjazmowały jednego z lekarzy, że ofiarował się do zaszczepienia wydzieliną szankra twardego. Gdy moje przedstawienia, że naraża się na długotrwałe zakażenie, nie odniosły skutku, prawdę mówiąc chętnie skorzystałem z ofiary i zaszczepiłem w sposób powyżéj opisany na wewnętrznéj powierzchni przedramienia wydzielinę z wrzodu kiłowego pierwotnego, który istniał obok objawów ogólnéj kiły. Zmięszawszy dokładnie za pomocą pręcika szklannego wydzielinę wrzodu z trzema kroplami zupełnie swieżéj wody utlenionéj z domieszką kwasu solnego i przekonawszy się wzrokiem, że zbitszych części w mięszaninie na szkiełku zegarkowem niema, nałożyłem na skaryfikowane miejsce, a zaczekawszy do zupełnego zaschnięcia, co nawiasem mówiąc długo trwało, pokryłem watą oczyszczoną i obandażowałem. Już trzeciego dnia nie widać było nic prócz śladów skaryfikacyi, o jakiéjkolwiek reakcyi miejscowéj nie było mowy i do dnia dzisiejszego, chociaż przeszło rok minął od chwili szczepienia, nie było ani objawów pierwotnéj ani ogólnéj wczesnéj kiły.

Powyższy przypadek zachęcił mnie do skorzystania z ofiary drugiego lekarza. I w tym przypadku tak samo postąpiłem jak w pierwszym, a różnicę stanowiło, że do szczepienia użyłem wydzieliny z nacieku kłykcinowego sączącego z domieszką krwi (*condyl lat.*). Do dnia dzisiejszego (rok dobiega) nie było i w tym przypadku ani objawów pierwotnéj ani ogólnéj kiły, a samo szczepienie było bez reakcyi miejscowéj.

Oto fakta bez komentarzy.

Zanadto małą jest liczba moich doświadczeń w ogólności a w szczególności z szczepieniem wydzieliny kiłowéj, abym się kusił o wysnuwanie wniosków. Jeżeli przed Szan. Zgromadzeniem z tą pobieżną pracą występuję, czynię to jedynie dlatego, aby uprosić P. T. Panów do powtórzenia i skontrolowania moich doświadczeń. O ile one dotyczą szczepienia wydzieliną szankrów miękkich i wydzieliną kiłową u dotkniętych kiłą późną, mam zamiar je kontynuować

i w przyszłości zdam sprawę. Wprawdzie już z dotychczasowych doświadczeń usprawiedliwione jest przypuszczenie, że świeża woda utleniona z dodatkiem kwasu solnego dokładnie na szkiełku zmięszana z wydzieliną szankrów miękkich, znosi zaraźliwe własności tejże wydzieliny, ale już drugi szereg doświadczeń, w których nie zmięszano wydzieliny ale na nią wkraplano wodę utlenioną rzecz bardzo osłabia.

Tutaj muszę zauważyć, że woda utleniona, którą robiłem doświadczenia, była tylko 3% i że daremnie starałem się otrzymać silniejszą, bo jéj fabrycznie nie wyrabiają. Zdaje mi się, że ze względu na ważność sprawy godziwą byłoby rzeczą postarać się o to, aby która z fabryk przynajmniéj dwa razy tak silną dostarczała wodę utlenioną a może wówczas i rezultaty byłyby pewniejsze. A gdy woda utleniona 3% z dodatkiem kwasu solnego tylko na miejscach pozbawionych przyskórka, wywołuje bardzo słabe pieczenie, należy przypuszczać, że 6% woda utleniona również nie będzie sprawiała przykrości.

Jak nagłówek wykazuje, kładę nacisk na doświadczenia z wydzieliną objawów kiłowych. Jeźli obszerniéj omówiłem doświadczenia z wydzieliną szankrów miękkich i wydzieliną kiłową u dotkniętych późną kiłą, uczyniłem to dlatego, aby wykazać, że nie lekkomyślnie przystąpiłem do szczepień wydzieliną syfilityczną, wyraźnie powtarzam u lekarzy i tylko na ich nalegania. Aż nadto dobrze odczuwam, że dwa przypadki nic nie decydują, bo kilka przyczyn przypuścić można, dla których rezultat szczepienia był ujemny. Pomijając w każdym razie możliwą niedokładność przy wykonywaniu szczepienia z tem się liczyć należy, że szczepieni mogli należeć do owych wyjątkowych indywiduów odpornych na zakażenie kiłowe, bo że kiły nie przebywali świadczy i wyznanie i potwierdza szczegółowe badanie moje i kolegów. Powtarzam, że nie kuszę się, aby na podstawie 2 przypadków stawiać pewne wnioski. Każdy jednak z słuchaczy usprawiedliwi mnie, że je do wiadomości i aprobaty Szan. Zgromadzenia podaję, gdy zechce zauważyć, że nikt z eksperymentujących nie będzie posiadał dużo materyjału do powtórzenia szczepień wydzieliną kiłową i że sprawę tylko zbiorowe doświadczenia wyświecić mogą. Jeśliby jednak te doświadczenia znalazły potwierdzenie, należałoby jeszcze przeprowadzić dalszy szereg doświadczeń, ile byłoby z nich korzyści praktycznéj. Gdyby zaś okazało się, że woda utleniona z kwasem solnym bezpośrednio po spółkowaniu użyta chroniłaby od zakażenia, byłoby to zdobyczą, która zło z prostytucyi wynikające łacniéj ukróciłby mogła, niż wszelkie dotychczasowe uregulowania. I tę okoliczność wnoszę na usprawiedliwienie, że z tak mało ugruntowaną sprawą poważyłem się stanąć przed Szan. Zgromadzeniem.

II. Oceny i sprawozdania.

Stan współczesny polskiego piśmiennictwa lekarskiego.

W rozprawie pod powyższym tytułem, nieznanego autora, umieszczonéj w „Ateneum“ (Warszawa, zeszyt sierpniowy, 1892) użala się autor we wstępie na brak przystępnych dla nielekarzy sprawozdań o ruchu piśmiennictwa lekarskiego polskiego, słowy Matlakowskiego: „Poszło już u nas w rutynę „oddawna, że dziejopisarze literatury krajowéj rozpisawszy „się na kilkuset stronnicach o poezyi, belletrystyce, filozofii, „słowem o rzeczach pięknych, na samym końcu poświęcają „skromniutki kąteczek takim mizerakom i przybłędom nie„mieckim, jak „nauki przyrodnicze i medycyna“ — przez co się dzieje, że ogół źle lub wcale nie informowany, błędnych nabiera mniemań, a co więcéj wcale mu nie znanem jest życie cichych współpracowników, dążących do zdobycia prawdy.

Przechodząc do rzeczy, zaznacza autor przedewszystkiem znaczny i szybki postęp w piśmiennictwie lekarskiem, czego najlepszą miarą ośm wydawnictw peryjodycznych i kilka tomów obszerniejszych dzieł rocznie. Po kolei wymienia autor wszystkie wydawnictwa, najpierw warszawskie („Gazeta Lekarska“ wraz z „Odczytami klinicznemi“, „Medycyna“ z kalendarzowym dodatkiem, „Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego“ i „Zdrowie“), podaje ich historyję, rozwój i charakterystykę pism, jakoteż i wybitniejszych współpracowników. Omawiając w dalszym ciągu wydawnictwa krakowskie („Przegląd Lekarski“ i „Przewodnik hygijeniczny“) z mistrzowską niemal znajomością kreśli stosunki w łonie współpracowników, ich sylwetki i charakterystykę. Na poznańskiem wydawnictwie („Nowinach Lekarskich“) kończy autor przegląd wydawnictw peryjodycznych i przechodzi do książkowych, które wedle autora w znacznie gorszym od poprzednich znajdują się stanie. Tu należą: Wydawnictwa „Gazety Lekarskiéj“ jako najlepsze, Kasy im. Mianowskiego i Stowarzyszenia wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie (prezes prof. Korczyński) i kilka zaledwo dzieł wyszłych poza obrębem tychże wydawniczych Stowarzyszeń.

Rozprawka ta ze znajomością rzeczy a objektywnie i przystępnie napisana, zainteresuje z pewnością także i ogół lekarzy polskich, na co w zupełności zasługuje.

Dr. Ebersohn.

Patologija.

Abelmann (Petersburg): **Peliosis rheumatica.**

Choroba ta polega na ostrym obrzęku stawów połączonym z bólem, silnym dreszczem i gorączką o torze zwalniającym *(febris remittens)*. Po krótkim czasie występują wybroczyny różnéj wielkości w skórze, najczęściéj w okolicy stawów. Choroba przebiega podobnie jak ostre zapalenie stawów i kończy się zazwyczaj wyzdrowieniem. Opisał ją dokładnie i nadał jéj powyższą nazwę Schönlein. Autor podaje opis téj choroby, którą spostrzegał u 8 miesięcznego oseska. Schönlein uważał *peliosis rheumatica* za odmianę zapalenia ostrego stawów i do téj grupy chorób ją policzył, gdy tymczasem Henoch uważa ją za chorobę *sui generis.* Koch z Dorpatu uważa ją za chorobę infekcyjną i stawia ją obok gnilca, *purpura simplx., haemorrhagica, erythema nodosum, haemophilia* itd. Czy podział ten Kocha jest słuszny, trudno przesądzać, bo aczkolwiek Koch i Letscherich odnaleźli odrębne prątki skorbutowe, które królikom zaszczepione sprowadzały objawy podobne do objawów Werlhoffa, to charakteru dotyczących bakteryj w *peliosis* jeszcze nie wykazano. Nie wiadomo także co jest powodem wynaczynionek, czy zmiana we krwi czy też w ścianach naczyń. (*P. med. Ws.* 1982, Nr. 15).

Dr. Mendelsburg.

Choroby uszne.

Szenes: **O wartości leczniczéj kilku nowych środków w leczeniu chorób usznych.**

Mentol zastosowany w 20% roczczynie olejnym w czyrakach ucha zewn. sprawia przykre palenie, a rzadko tylko jest skuteczny, Autor poleca używanie tego środka dopiero po przecięciu i wyłyżeczkowaniu czyraka. Przeciw temu cierpieniu polecano także 20% roztwór octo winianu glinowego. 1‰ sublimatu i wodne roztwory octanu glinowego Pierwsze dwa środki okazują się jednak skutecznemi tylko po dobrowolnem pęknięciu lub przecięciu czyraka, ostatn w rozlanych zapaleniach ucha zewnętrznego, które się przyłączają do przewlekłego zapalenia ropnego ucha środkowego. Zastosowanie 15% karbolgliceryny w pierwszym okresie ostrego nieżytu ucha środk. rzadko tylko łagodzi ból i niezawsze zapobiega ropieniu. Kreolinę w roztworze 5 kropli na 0·5 litra wody poleca S. w ropieniach ucha średniego tylko w tych przypadkach. w których trzeba choremu wy

strzykiwanie zostawić. Maść 2% kreoliny zaś działa wybornie w wyprysku ostrym ucha zewnętrznego.

Z środków w postaci proszku używanych zwykle w ropotokach usznych, wypróbował S. jodolu, salicylanu bismutowego, arystolu i kw. borowego. Polecenia godnym znalazł tylko kw. borowy, którego można używać w wszystkich tych przypadkach, gdzie otwór w błonie bęb. jest dość duży i na stosownem miejscu, gdzie niema próchnienia kostek usznych lub wyrostka sutkowego, jednem słowem w wszystkich przypadkach, w których nie zachodzi obawa zatrzymania ropy. Kwas mlekowy w 15% roczczynie polecany w ropotokach usznych przewlekłych, musiał S. porzucić z powodu jego działania żrącego, nawet na skórę ucha zewn. i małżowiny. Kokainy używał S. w 4—10% roczczynie przeciwko szumowi w uszach, wpuszczając kilka kropli za pomocą cewnika przez trąbkę do jamy bęb., lecz tylko w takich przypadkach, w których inne kliniczne leczenie nie zdołało szumu usunąć. Jednak mimo kilkutygodniowego wstrzykiwania żadnego skutku nie osiągnął. Męsienie dało autorowi w 16 przypadkach dobre skutki. Używał go w ostrych zapaleniach jamy bęb. ale dopiero po przestaniu ropienia i w takich przypadkach, w których wcale nie przyszło do ropienia, a nie można było małéj wydzieliny w jamie bęb. mimo zwykłego leczenia za pomocą balonu i cewnika doprowadzić do resorpcyi. (*Internat. kl. Rundsch*). *Dr. Spira.*

III. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

W dyskusyi Dr. Sawicki zwraca uwagę na to, że dochodzenie do rany w przeponie drogą laparatomii jest w niektórych przypadkach dogodniejsze; odcinając w kilku miejscach przyczepy, przepony od żeber, zwalniamy napięcie szwów założonych na ranę i przez to gojenie jest łatwiejsze; wiadomo bowiem, że rany w przeponie wskutek ciągłych ruchów tego narządu a tem samem naciągania i szarpania szwów, któremi ranę zespojono, goją się nadzwyczaj trudno. Nadto jeżeli dostać się chcemy do rany od strony klatki piersiowéj, przeszkadza w odsłonięciu i zeszyciu jéj płuco. Ponieważ jednak przez laparatomię dostać się można tylko na przednią lub boczną część przepony, przeto radzi mowca dochodzić do rany w tylnéj części przepony umieszczonéj przez torakotomię, a do ran z przodu i z boku leżących drogą jamy brzusznej. Co do utrudnionego wyciągania treści przepukliny przeponowej z powodu ciśnienia ujemnego klatki piersiowéj, to ponieważ zazwyczaj wobec ran przepony istnieje także odma piersiowa wskutek równoczesnego uszkodzenia płuca, przeto okoliczność ta nie wchodzi zazwyczaj w rachubę.

Dr. Barącz zapytuje, czy odcinanie płatu według prof Rydygiera nie napotyka na trudności z powodu sztywności żeber i czy jest dość miejsca, przez które do rany można się dostać.

Prof. Obaliński wypowiada zapatrywanie, że nie koniecznie potrzeba wobec każdéj rany przeponowej zakładać szwy. Mowca cytuje przypadek z swego oddziału, w którym kula wymierzona w okolicę koniuszka sercowego przebiła przeponę pozostawiwszy w niéj tak maleńki otworek, że podczas laparatomii, którą mowca wykonał spodziewając się obrażenia jelit, z wielką trudnością udało się go odszukać. Prof. O. nie uważał za potrzebne otwór ten zaszywać, lecz w każdym razie miał sposobność się przekonać, że drogą laparatomii możnaby łatwo to uskutecznić, zwłaszcza przy silnem wygięciu żeber tworzących miejsce przyczepienia przedniej części przepony ku górze.

Dr. Sawicki ostrzega, że zeszywanie jest z tego względu konieczne, że rany w przeponie nietylko nie mają tendencyi do zagojenia się, ale nawet wskutek ciągłego szarpania, na jakie są narażone, zazwyczaj się jeszcze rozszerzają. I tak opisuje mowca przypadek tyczący się kobiety, u której dopiero w 16 lat po otrzymaniu rany przepony, gdy zaszła w ciążę, powstała ogromna przepuklina przeponowa.

Prof. Rydygier zaznacza, że sam jest w niektórych przypadkach za laparatomią, szczególnie w obec krwotoku do jamy brzusznej lub obrażenia trzewów. W odpowiedzi Dr. Bąrączowi zaręcza prelegent, że płat z żeber można bardzo wygodnie odgiąć, a gdyby nawet się żebra złamały, nie wpływałoby to wcale niekorzystnie na dalszy przebieg leczenia. Prelegent przyznaje słuszność prof. Obalińskiemu, że rany w przeponie są nadzwyczaj małe, podobny przypadek opisał Kosiński, gdzie otwór w przeponie był tak mały, że zaledwo przepuszczał zgłębnik i w takich razach trudno rzeczywiście się zdecydować, czy wykonać operacyę.

III. Dr. Bogdanik z Biały przedstawił chorego po resekcyi kości piętowéj według własnej metody, którą opisał Dr. Kapelusz w Nr. 27 „Przeglądu Lekarskiego z r. b.

W dyskusyi prof. Obaliński zwraca uwagę, że przy resekcyi metodą Dra Bogdanika, podobnie jak przy resekcyi według Buscha, od której się nieco tylko różni, dostanie się do stawu jest nadzwyczaj trudne i dlatego metoda ta jedynie tylko dobre usługi oddać może przy resekcyi kości piętowéj.

Dr. Barącz uważa metody osteoplastyczne resekcyi na stopie za zbyteczne. Prawie zawsze wystarcza mowcy wyskrobanie ostrą łyżeczką ognisk gruźliczych choćby nawet bardzo rozległych.

Prof. Obaliński stanowczo się temu zapatrywaniu sprzeciwia. Przez skrobanie nigdy nie jesteśmy w stanie usunąć wszystkich ognisk gruźliczych, często zupełnie odosobnionych, podczas gdy przez resekcyę widzimy wyraźnie te wszystkie części miękkie i kości, które są chorobowo zajęte i które usunąć musimy, a o których istnieniu zapomocą łyżeczki a nawet sondy nie wiedzieliśmy. Jeżeli nieraz nawet takie dokladne usunięcie wszystkich gołem okiem dostrzegalnych zmian nie wystarcza do zupełnego uleczenia, to tem mniéj wyskrobanie. Jedynie tylko w obec małych, ograniczonych ognisk zastosowanie ostréj łyżeczki ma racyę bytu.

Dr. Drobnik z Poznania, nie podziela zdania prof. Obalińskiego i twierdzi, że bez operacyi typowéj i radykalnéj, przez wyskrobanie itp. zabiegi można do bardzo dobrych wyników doprowadzić. Usunięcie wszystkich ognisk gruźliczych nawet zapomocą operacyi jest niepodobieństwem, zawsze bowiem pozostają jeszcze w częściach miękkich i kościach ogniska ukryte, dla operującego niedostrzegalne.

Dr. Bogdanik podnosi zalety swej metody operowania, polegające na tem, że *talus* łatwo usunąć można, że nie nadwyręża się naczyń, nerwów i ścięgien, a blizna pozostaje w takiem miejscu, w którem nie ugniata i nie sprawia żadnych dolegliwości.

Na dalszą dyskusyę o tym przedmiocie z powodu nawału odczytów przewodniczący nie dozwala, zwracając uwagę, że kwestya leczenia gruźlicy stawów ma być przedmiotem obrad na przyszłym Zjeździe chirurgów.

IV. Dr. Krasowski z Krakowa przedstawił chorą, u któréj z powodu nowotworu opony mózgowéj i ubytku czaszki wykonano z pomyślnym rezultatem operacyję osteoplastyczną Schoenborna.

V. Dr. Gabryszewski z Krakowa: „Osteoplastyczna operacya po wypiłowaniu szczęki dolnéj."

Po resekcyi szczęki dolnej zastąpiono ubytek w kości, płatem kostnym wziętym z obojczyka. Wykonawszy płat skórny z szyi zwrócony ku dołowi a sięgający na dwa palce poniżej obojczyka, rozszczepiono obojczyk wzdłuż na dwie części i zostawiono część zewnętrzną przy skórze, aby warunki odżywcze dla kości się ustaliły. Po 12 dniach płat zwrócono ku górze i pokryto ubytek.

VI. Dr. Obfidowicz z Krakowa: „Przedstawienie chorego z guzem żuchwy.

Choroba trwa od lat 6 ale już i pierwéj po téj stronie, jak chory podaje, zęby bolały a szczęka puchła. Przed 3 laty upadł chory, guz pękł i wylało mu się z niego dużo „kasza téj wody.“ Prawa połowa twarzy powiększona z powodu guza idącego od łuku jarzmowego aż do okolicy 2 zęba dwuguzikowego po stronie lewéj, do wielkości głowy noworodka. Od wewnątrz guz wypycha język na stronę lewą i sięga ku tyłowi aż do gardła. Błona śluzowa w przedniéj części owrzodziała, brodawkowata. Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka z tego miejca okazało: *carcinoma gelatinosum*. Gruczoły szyjne wcale nie obrzękłe. Ponieważ guz rósł latami, wychodzi ze szczęki, którą rozdyma, miejscami okazuje pergaminowe trzeszczenie (*Malassez*), a w innych miejscach chełbotanie, przeto O. rozpoznaje: Torbiel zębowy wielokomorowy (*Cystoma proliferum folliculare*). Nowotwór ten opisali Bryk i Falkson. Później takie same przypadki opisują Trzebicky, Bajer a Nasse opowiedział go na zjeździe chirurgów niem. w Berlinie 1890. Jest to więc szósty przypadek w literaturze. Rak dołączył się tu następowo. W przypadku tym zostanie wykonaną: Resekcya z eksartykulacyą w prawym stawie żuchwowym.

VII. Dr. Szymkiewicz z Krakowa: Demonstracyja obturatora pomysłu Süersena w przypadku wrodzonego rozszczepu podniebienia miękkiego i twardego

Dr. S. przedstawia jedenastoletniego chłopca, który okazuje wady utworowe wargi górnéj i wyrostka zębodołowego oraz twardego i miękkiego podniebienia w postaci t. zw. obustronnéj wargi zajęczéj, obustronnego rozszczepu wyrostka zębodołowego tak, iż kość międzyzębowa jest przesuwalną, oraz obustronnego rozszczepu twardego i miękkiego podniebienia (*faux lupina*). Prelegent wykonał z polecenia prof. Obalińskiego w tym przypadku obturator według metody Süersena, która opiera się na tym fizyjologicznym pewniku, iż podczas połykania i mówienia mięsień zdziergacz gardziela górny (*constrictor pharyngis sup.*) kurcząc się, zbliża tylną ścianę gardziela do równocześnie pod wpływem mięśni napinającego się miękkiego podniebienia, przez co jama nosowa od jamy ust zostaje szczelnie oddzieloną. Przyrząd cały składa się z kauczukowéj płyty podniebieniowéj, która zasłania rozszczep w podniebieniu twardem, a za pomocą złotych klamer przymocowaną jest do istniejących stałych zębów, od tylnego zaś brzegu tejże płyty idzie skośnie ku tyłowi i dołowi języczkowaty wyrostek, który zamyka odstęp pomiędzy brzegami rozdzielonego miękkiego podniebienia przy swobodnem oddychaniu. Na tym języczkowatym wyrostku znajduje się właściwy obturator, mający postać gruszki, któréj tylna powierzchnia stanowi odbicie tylnéj ściany gardziela w okolicy zdziergacza górnego, ściany boczne w ten sposób są utworzone, iż pozostają w ustawicznem zetknięciu z brzegami obu połów miękkiego podniebienia przy wszelkich jego ruchach, nakoniec ściana górna odpowiada górnéj granicy zdziergacza. Przyrząd ten modelują sobie same części miękkie, otaczające ubytek, podczas połykania i mówienia w jakiéjś masie plastycznéj, najlepiéj rozgrzanéj gutaperce, którą się następnie twardym kauczukiem zastępuje tak jednak, aby dla większéj lekkości wnętrze przyrządu było puste.

Obturator według pomysłu J. Wolffa, podany przez Schiltzkyego różni się tylko tem, iż ściany jego są zrobione z miękkiego kauczuku, skutkiem czego mogą się one uginać pod wpływem ruchów podniebienia. Ponieważ jednak miękkiego kauczuku nie można tak gładko wypolerować jak twardy, drażni swojemi chropowatemi powierzchniami otaczające części jamy ust, nasiąka wydzielinami, przez co łatwo się psuje i cuchnie, wreszcie z czasem zmienia swój kształt i nie wypełnia szczelnie ubytku. — Z tych powodów prelegent daje pierwszeństwo obturatorom według metody Süersena.

Brandt podał obturator składający się z kauczukowéj płyty podniebieniowéj, do któréj przymocowany jest gumowy pęcherzyk nadęty powietrzem, mający zamykać ubytek w podniebieniu miękkiem. Przyrząd ten jest bardzo nietrwały i nie zakrywa szczelnie rozszczepu, gdyż mowa, pomimo dłuższego noszenia, pozostaje nosową, o czem przekonał się prelegent podczas ostatniego międzynarodowego Zjazdu lekarzy i przyrodników w Berlinie.

VIII. Dr. Łucki z Oświęcima: Ciekawy przypadek wgłobienia jelit.

W dniu 20 lutego b. r. prelegent wezwany został do wsi okolicznej Oświęcima do żony włościanina, kobiety obłożnie choréj, 50 lat liczącéj, wzrostu średniego, budowy silnéj jednak znacznie wynędzniałéj, o skórze brudno-bladéj, skarżącéj się na silne i częste bóle w brzuchu. Z anamnezy dowiedział się, że chora poprzednio zawsze dobrem ciesząca się zdrowiem, przed kilku laty zauważyła w okolicy kiszki ślepéj okrągławy twardy guz, wielkości kurzego jaja, przy dotykaniu nieco bolesny. Około 10 października r. z. dostała z niewiadoméj przyczyny gwałtownych bólów brzucha z wymiotami i biegunką, poczem wzmiankowany guz znacznie się powiększył, a zarazem przybrał kształt podłużny. Biegunka i wymioty ustąpiły wkrótce, apetyt powrócił, wypróżnienia odbywały się prawidłowo, obrzmienie jednak już stale pozostało i ciągle się powiększało, to twardnąc, to mięknąc naprzemian, wywołując zarazem właściwe kiszkom kruczenie. Z obecności wielkiego kiełbasowatego obrzmienia odpowiadającego położeniem okrężnicy poprzecznéj, oraz na podstawie jego ruchomości, zmiennéj konsystencyi, wypuku bębenkowego, zmienności kształtów i charakterystycznego kruczenia rozpoznał Dr. Ł. wgłobienie jelita, a gdy obfite irygacyje wodne i gazowe połączone z ugniataniem pożądanego skutku nie odniosły, nakłonił chorą aby się poddała operacyi na klinice chirurgicznéj krakowskiéj. Prof. Rydygier rozpoznanie potwierdził zastrzegł się jedynie co do możności istnienia jakiegoś guza nowotworowego, będącego pierwotną przyczyną wgłobienia. Operacyję, typową laparatomię, wykonał prof. Rydygier dnia 17 marca w obecności prelegenta. Po otwarciu jamy brzusznéj pokazało się ogromnych rozmiarów wgłobienie, przyczem cała okrężnica wstępująca, jelito ślepe i znaczna część jelita biodrowego wstąpiły w okrężnicę poprzeczną. Szczęściem zrostów nie było, a jelito jużto przez ucisk, jużto przez pociąganie udało się napowrót wywlec i prawidłowo ułożyć, guza nie znaleziono żadnego. — Przebieg pooperacyjny był idealnym, bezgorączkowym, rana zagoiła się przez rychłozrost, pierwszy stolec ukazał się 10 dnia, a w trzy tygodnie, tj. 8 kwietnia, operowana opatrzona w podtrzymującą opaskę brzuszną, jako zupełnie zdrowa opuściła zakład.

W przypadku opisanym dwie okoliczności jako nadzwyczaj osobliwe zasługują na uwagę; po pierwsze, że pomimo tak znacznego wgłobienia nie powstała ani na chwilę niedrożność jelita, a powtóre, że pomimo tak długiego, bo prawie sześciomiesięcznego trwania wgłobienia, nie powstały zrosty otrzewnowe.

W dyskusyi zabierali głos Dr. Wehr i prelegent.

Przewodniczący podaje do wiadomości pismo prof. Domańskiego, w którem tenże prosi członków Zjazdu, aby nasuwające się im poprawki z terminologii chirurgicznéj polskiéj zechcieli podawać celem uwzględnienia takowych w mającym się wydać nowym słowniku polskiéj terminologii lekarskiéj.

Na tem posiedzenie zakończono.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 9 września. Redaktor „Przeglądu Lek.“ prof. Dr. L. Halban powrócił z wakacyj i z następnym Nrem obejmuje czynności redakcyjne.

* Wiadomości o cholerze. Z ostatnich dni 6 i 7 września donoszą: W Rosyi trwa epidemija prawie jednostajnie. Według źródeł urzędowych podają liczbę zmarłych dotychczas na 107 tysięcy. W Baku jakoteż gubernii ołonieckiéj pojawiła się cholera powtórnie. W Petersburgu i Moskwie zapada jeszcze po kilkadziesiąt osób. W gubernii Saratowskiéj zachorowało 5 bm.

871; zmarło 360. w gub. Samarskiéj 393 chorych 133 zmarłych, w gub. tambowskiéj 450 chorych 260 zmarłych, w krajach naddońskich 580 chorych 271 zmarłych. W gub. lubelskiéj 34 chorych 12 zmarłych. W gub. kijowskiéj pojawiła się cholera, było jednak dotąd kilkanaście przypadków tak w Kijowie jakoteż okolicy.

W Paryżu zachorowało 3-go 80 osób zmarło 35, w okolicy zachor. 32 osoby, zmarło 35,w Hawrze 27 chor. 7 śmierci.

W Hamburgu cholera się jeszcze wzmaga, d. 5 b. m. zachorowało 501, zmarło 158, d 6 zachorowało 702, zmarło 353. W Altonie zachorowało 18 osób, zmarło 9. Dotąd miało umrzeć 5000 osób.

* Namiestnictwo wydelegowało na wiadomość o szerzeniu się cholery na stacyje graniczne następujących lekarzy: Dr. Konarzewski: Podwoloczyska, Dr. Opieński: Brody, Dr. Nycz: Szczakowa, Dr. Pappée: Bełżec, Dr. Wojtaszek: Husiatyn, Dr. Slączka: Majdan, Dr. Szymański: Uhrynów, Dr. Żukotyński: Nowe sioło, Dr. Tyszkowski: Nadbrzezie, Dr. Bętkowski: Oświęcim.

* W Berlinie odbyło się dnia 7-go b. m. nadzwyczajne posiedzenie, któremu przewodniczył prof. Dr. Virchow. Omawianą była jedynie kwestyja cholery. Prof. V. przedstawił obecny stan epidemii i twierdzi, że w Niemczech jedynem ogniskiem cholery jest Hamburg, a jakkolwiek pojawiły się w niektórych miastach niemieckich pojedyncze przypadki téj choroby, to jednak udowodniono, że pochodzą z Hamburga. Ponieważ dzięki tym zabiegom sanitarnym udało się prawie wszędzie przytłumić zarazę w zarodzie, mniema, że państwo Niemieckie uchroni się przed dalszą klęską, zwłaszcza że i w Hamburgu zaraza osiągnąwszy 27 z. m. szczyt, obecnie słabnie (? p. R.). Epidemija w Rosyi (zkąd niedawno wrócił) utwierdza w tem przekonaniu. Gdy bowiem na Kaukazie i nad Wołgą sprawiła niezmierne spustoszenia, występuje łagodniéj na Zachodzie, w Moskwie i Niżnym Nowogrodzie, zdarza się tam tylko po 10 przypadków dziennie, a to dzięki energii rządu, mianowicie zaś energii gubernatora Baranowa, który z niemożebną prawie u nas stanowczością przywiódł ludność do poszanowania prawa i zmusił do środków ochronnych. Prof. V. oświadcza, że w całéj prawie zachodniéj części Rosyi cholery niema. Pojawienie się cholery w Petersburgu i Hamburgu przypisuje złéj wodzie do picia, z Newy i Elby, widział bowiem w Petersburgu, że gdy w jednym zakładzie, którego mieszkańcy pili wodę z Newy, do któréj z pobliskiéj fabryki spływały nieczystości, zmarła przeszło setka w przeciągu kilku dni. Berlin pod tym względem nieco bezpieczniejszy.

Dr. Guttmann, dyrektor szpitala w Moabicie, zdawał sprawę z 6 przypadków cholery leczonéj tamże i wykazał, że wszystkie pochodziły z Hamburga, we wszystkich 6 znaleziono laseczmik przecinkowy Kocha. Nie znaleziono jednak lasecznika p. w przypadkach *„cholera nostras“*, które tutaj obserwowano i na podstawie tego sądzi, że rozpoznanie z pomocą mikroskopu ma wielkie znaczenie, zwłaszcza w przypadkach biegunki, gdyż w okresie zapadu to już zbyteczne. W Moabicie leczono chorych podtrzymywaniem ciepłoty ciała, środkami pobudzającymi serce, i wstrzykiwaniami podskórnemi roztworu soli, które powtarzano, ilekroć tętno zaczęło słabnąć. W końcu wyraził G. nadzieję, że Berlin uchroni się przed epidemją, jużto że w przeciągu 14 dni pojawiło się tylko 6 przypadków (od 3 b. m. żadnego), już że obecna pora nie jest tak bardzo dla zarazy przystępną, wreszcie że baczność władz i lekarzy przytłumi ją w zarodzie. Dr. Pfeiffer z instytutu Kocha twierdzi, że jedynie laseczniki przecinkowe rozstrzygają o chorobie, zdarzają się bowiem przypadki zapalenia kiszek, wśród których występuje zapad, a laseczników tam brak. Prof. Virchow zamykając posiedzenie wyraził nadzieję, że zgromadzeni zapewno mało będą mieli sposobności korzystania z tych wywodów. *N. f. Pr.*

* Broszura popularna prof. J a w o r s k i e g o o c h o l e r z e pojawiła się w drugiem uzupełnionem wydaniu.

* W Warszawie postanowiono utworzyć Komisyję balneologiczną, któréj zadaniem będzie rozciągnięcie dozoru nad wszystkiemi zakładami kąpielowemi i stacyjami klimatycznemi w Królestwie Polskiem.

* W tygodniu 34-ym (od 21—27 sierpnia) było w K r a k o w i e małżeństw 13, urodzeń 42, skonów 41, z tych z gruźlicy 4, z nieżytu żołądka i jelit 8, z zapalenia płuc 3, z duru brzusznego 3. z duru plamistego 1.

* **Wiedeń.** Kongres dermatologów został d. 5 b. m. otwarty. Z 280 zgłoszonych uczestników zjawiła się przeważna część. Szef sekcyi R i t t n e r przybył na otwarcie w zastępstwie ministra oświaty. Prof. K a p o s i z Wiednia wybrany prezydentem kongresu. Prof. H a r d y z Paryża prezydentem honorowym. Wiceprezydentami wybrano przedstawicieli różnych krajów. Kaposi wygłosił mowę powitalną w językach: niemieckim i francuskim. Hardy miał odczyt o obecnym stanie dermatologii.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Doc. Dr. Paweł D i t t r i c h z Wiednia został mianowany nadzw. profesorem medycyny na Uniwersytecie w Innsbrucku. — Prosektor przy katedrze anatomii patologicznéj Uniwersytetu warszawskiego Dr. Adam C i ą g l i ń s k i zwolniony został z zajmowanego stanowiska.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. Murdzieński.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 17 Września 1892. Nr. 38.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XXIV.

Dzieciobójstwo popełnione na dziecku ślubnem.

Podał

Prof. Dr. Halban.

Dwie kobiety przechodzące przez potok znalazły d. 18 lipca zwłoki noworodka. Zabrały je ze sobą i dały znać wójtowi, który wykrył matkę dziecka w osobie Jaryny C.; kobieta ta przyznała, że 14 lipca porodziła dziecko i takowe, według swego zdania nie żywe, wrzuciła do potoka. Sąd tegoż dnia 18 lipca zarządził sekcyję sądową zwłok dziecka, której wynik był następujący:

Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki dziecka płci żeńskiéj owinięte w szmaty okazują się niemal całkowite sino-zielone zabarwienie skóry i zmacerowanie tejże tak, iż przyskórek w postaci strzępków pozłaził, a to z pośladków, pleców i lewéj strony policzka. Całe ciało nadto nader silnie gazami rozsadzone tak, iż dziecię robi wrażenie, jakoby miało nader silnie rozwiniętą podściółkę tłuszczową. 2) Oczy wysadzone a z ust i nozdrzy wypływa ciecz czerwona, przyczem zwłoki szerzą odrażliwy odór zgnilizny. Uskuteczniono desinfekcyję zwłok za pomocą kwasu karbolowego. 3) Długość dziecka wynosi 49 ctm., szerokość barków 9½ ctm., obwód główki 32 ctm., średnica podłużna głowy wynosi 10 ctm. Pępowina okazuje długość 9 ctm., a wolny jéj koniec jest strzępiasty. 4) Uszka już chrząstkowate. Paznogcie palców rąk i nóg długością sięgają poza opuszki palcowe; skóra na całem ciele pokryta drobniutkim meszkiem, pod pachami zaś i w pachwinach znajduje się maź serzasta *(vernix caseosa)*. 5) Na całem ciele prócz zabarwienia sino-zielonego zresztą niema nigdzie żadnego śladu uszkodzenia. 6) Po należytem a forsownem rozważeniu jamy ustnéj i wyciągnięciu języka haczykiem znaleziono prócz cieczy gnilnéj surowiczo krwawéj znaczną ilość błotnistego namułu, a to tak w jamie ustnéj jakoteż i połyku.

Oględziny wewnętrzne: 7) Po otwarciu miękkich powłok czaszki wypływa z pod skóry krew płynna, ciemna. Kości czaszki cieniutkie, przeświecające, nigdzie nie uszkodzone. Po nacięciu główki wzdłuż ciemienia wielkiego wypływa mózg brajowaty barwy ciemno-szaréj zupełnie zgniły. 8) Po otwarciu klatki piersiowéj okazuje się takowa bardzo dobrze sklepiona, wypukłość przepony sięga poniżéj 5. żebra. Płuca na powierzchni łupkowo popielate, tu i owdzie wysepkowate marmurkowane, mimo to jednak nie wypełniają całkowicie klatki piersiowéj i nie okalają serca, lecz są jakoby obustronnie do kręgosłupa przyparte, za uciskiem lekko trzeszczące, pulchne, powietrzne, serce prawie zupełnie próżne. 9) W tchawicy znajduje się trochę cieczy płynnéj czerwonawéj, kilka banieczek powietrza zawierającéj. Namułu błotnistego w krtani i tchawicy niema. 10) Płuca wraz z sercem wrzucone do miski zimnéj wody pływają, a uciskane pod wodą wydzielają nieznaczną ilość pęcherzyków powietrznych. Samo serce wrzucone na wodę także pływa wskutek zawartości znacznéj ilości gazów gnilnych, uciskane jednakże silnie palcami nie wydziela banieczek powietrznych jak płuca. 12) Żołądek ułożony pionowo zawierający nieco gęstego śluzu, zresztą próżny. 13) Wątroba barwy ciemno czekoladowéj, krew ciemną obfitą jak również zawierająca znaczną ilość gazów gnilnych, gdyż wrzucony kawałek na wodę także pływa. 14) Śledziona barwy prawie czarnéj rozpadająca się, krucha, a wrzucony do wody kawałek także pływa. 15) Kiszki cienkie w stanie rozmiękczenia trupiego zawierające znaczną ilość smółki dziecięcéj. 16) Nerki okazują budowę zrazikowatą, również w stanie rozpadu gnilnego. 17) Pęcherz próżny.

Orzeczenie: O ile przy tak wysokim stopniu zgnilizny trupa gazami nadętego orzec jest możliwem, podajemy na podstawie powyższych oględzin i próby płucnéj następujące orzeczenie:

a) Że dziecię było donoszone, dojrzałe, a więc do życia zdolne.

b) Że dziecię to istotnie żyło, za czem przemawia znaczna ilość powietrza zawartego w płucach, nie mogąca pochodzić wyłącznie ze zgnilizny; że żyło nader krótko, za czem przemawia niezupełna rozwitość płuc.

c) Że dziecię zginęło prawdopodobnie skutkiem uduszenia i to poza obrębem medium, w którem jest znalezione, za tem przemawia namuł błotnisty znaleziony li tylko w jamie ustnéj i połyku, a nie w krtani i tchawicy.

d) Jaki był sposób uduszenia się dziecięcia i czyli istotnie miało miejsce uduszenie, na to stanowczéj nic mo-

żemy podać odpowiedzi, szybka bowiem i zupełna niemal zgnilizna trupa tak dalece zatarła wyraźność obrazu zmian anatomicznych, iż takowych rozpoznać nie podobna, tylko płynność i ciemne zabarwienie krwi znalezione pod oczaszną i w wątrobie, każe się domyślać śmierci z uduszenia i to tem bardziéj, iż zresztą na trupie nie znaleziono nic takiego, coby inny rodzaj śmierci wskazywało.

Obwiniona Jaryna C. lat 30 li ząca, żona Pyłypa C., matka 2-ga dzieci żyjących, gospodyni, przesłuchana d. 18 lipca podaje:

Jest zamężną lat 12, miała dzieci 6, z tych dwoje tylko żyje, teraz zaś była ciężarną po raz siódmy i to, jak się jéj zdaje, pod koniec 9-go miesiąca. Dnia 13 wróciwszy wieczorem z mężem z jarmarku, gdy sama była w izbie (a mąż już spał w stodole), poczuła bole porodowe i wkrótce ujrzała główkę urodzoną, starała się płód ten daléj wydobyć ciągnąc za szyję, a że poród nie postępował, więc stanęła nad łóżkiem i rękoma do góry wzniesionemi chwyciła się żerdzi nad łóżkiem i wtedy dziecię urodziło. Po urodzeniu nie spojrzała na dziecię, czy ono żyje, tylko rzuciła nań wór gruby i tak leżało godzinę. Przekonawszy się potem, iż nie żyje, rzuciła trupa do potoku tuż za ogrodem. Uczyniła to dlatego, ponieważ jéj bratowa Maryna C. ją prześladowała, iż od żydów jest ciężarną, od których do domu zawsze śledzie przynosi. Gdy dziecię jéj się urodziło, nie słyszała wcale jego głosu, ztąd przypuszcza, iż się nieżywem urodziło. — Dziecko leżało worem przykryte aż dotąd, gdy jéj łożysko odeszło, wtedy dopiero wstała, zaświeciła lampę, a widząc już nieżywe dziecię w szmatę je owinęła i na drugi dzień rano idąc po wodę do potoku wrzuciła. W nocy téj spały koło niéj w izbie jéj dzieci, 10-letnia córka i 4 letni syn, ale nic nie słyszały. Przed mężem poród swój ukryła, a mogła to uczynić, gdyż on dzień cały bywał na robocie i wieczorem do domu wracał. Sama wreszcie nic wie, co się jéj stało, iż z dzieckiem swem tak postąpiła. Jedynym powodem do kroku tego było podejrzenie rzucone przez bratową, z któréj mężem są w niezgodzie i procesują się o grunt, iż jest ciężarną od żyda. Z mężem żyje przykładnie i dzieci swe kocha.

Mąż obwinionéj korzysta z dobrodziejstwa prawa i od zeznań się uchyla.

Michał S., lat 43, wójt, zeznaje: Dnia 17 lipca powiadomiono go o znalezieniu zwłok, poszukiwanie naprowadziło go na obwinioną, którą akuszerka wiejska badała i podała, iż obecnie przechodzi okres połogowy. Obwiniona nie chciała się z początku przyznać do winy, dopiero potem zeznała, że sama nie wie dlaczego to uczyniła. Z mężem żyła przykładnie a tylko z bratem męża żyli w niezgodzie procesując się o grunt po ojcu. Obwiniona i mąż jéj są biedni, mają 2 morgi pola i pół domu mieszkalnego. Dzieci swe podsądna kocha. Przyczyny do uduszenia swego dziecka nie miała a posądzenie, iż zaszła w ciążę od żyda, nie ma wartości, bo o stosunki takie nikt jéj we wsi nie posądza.

Gabryjel S., lat 36, gospodarz i oglądacz zwłok w S. zeznaje jak tamci z tym dodatkiem, iż zauważył na zwłokach dziecka na szyi dwie sine plamy, które Jaryna C. tem tłómaczyła, iż powstać musiały przez ucisk jéj ręki, gdy dziecię chciała prędzej urodzić i za szyjkę ciągnęła. Na zapytanie jego, dlaczego dziecko po śmierci do potoku wrzuciła, odpowiedziała, iż ją taka chętka do tego wzięła.

Paulina M., lat 30, zamężna, zeznaje, iż 17 lipca przyszedłszy do potoku prać bieliznę, znalazła zwłoki dziecka pod brzegiem, to samo zobaczyła Maryna K., która w téj saméj chwili do potoku się zbliżyła.

Maryna C., lat 46, żona Ilka C., mieszka z Jaryną C. przez sień pod jednym dachem, żyje z obwinioną w niezgodzie z powodu sporu o grunt. Jeszcze w dniu 13 lipca widziała ją ciężarną, potem jéj nie widziała, bo pracowała w polu. Zobaczyła ją dopiero w dniu znalezienia zwłok, a wtedy Jaryna była już „cienką“. To co świadek oskarżonej powiedział, iż jest brzemienną od żyda, nie może uchodzić za powód do zbrodni przez nią popełnionéj, bo powiedziała to oskarżonej w czasie kłótni.

Sąd przedłożył pp. obducentom wyniki śledztwa z zapytaniem, czy takowy nie wpłynie na zmianę ich zdania. Pp. obducenci odpowiedzieli na to pytanie jak następuje:

Możliwem jest tłomaczenie się obwinionéj, jako została porodem zaskoczoną ze względu na to, że to był siódmy poród z rzędu, a tak zwane porody nagłe, odbywające się w krótkim przeciągu czasu dla rodzącéj prawie niespodziane, mają właśnie miejsce u kobiet, które już więcéj dzieci rodziły; czy jednak w danym razie obwiniona porodem zaskoczoną została, dla braku danych stanowczo orzec nie możemy.

Jeżeli jednak obwiniona istotnie porodem zaskoczoną została, w takim razie podanie jéj, że poród był ciężki, jest niewiarygodne, albowiem jest to znamieniem tak zwanych porodów nagłych, że się odbywają szybko bez żadnych przeszkód, a po urodzeniu się główki dziecka, jak to w obecnym przypadku według podania badanéj miało miejsce, u kobiet które więcéj dzieci rodziły, nie zachodzą nigdy przeszkody w urodzeniu się tułowia i nóg tak, aby potrzebowano użyć dopiero obcéj siły i pomocy do wyciągnięcia reszty dziecka z ciała matki, tem mniéj i w tym przypadku, gdzie skonstatowaliśmy normalne rozmiary organów rodnych matki rodzącéj.

Wogóle możebnem jest, ażeby dziecko po przyjściu na świat tylko główki oddychało, a tem samem żyło, aby więc w téj chwili zostało uduszonem; w tym przypadku jednak ten sposób zabicia dziecka jest nieprawdopodobnym, albowiem jak wyżéj podaliśmy, nieprawdopodobnem jest, aby matka była musiała użyć siły do wyciągnięcia dziecka, a przy badaniu dziecka nie znaleźliśmy żadnych znamion, a w szczególności podanych przez oglądacza zwłok po obu stronach na szyi sinych plam, za tem przemawiających.

Wskutek tych orzeczeń Prokuratoryja sądowa wniosła akt oskarżenia o dzieciobójstwo, a do rozprawy przed Trybunałem przysięgłych Sąd wezwał dwóch innych znawców, których orzeczenie śród rozprawy na podstawie aktów wydane, opiewało jak następuje:

Na zasadzie oględzin lekarskich zwłok noworodka w d. 18 lipca dokonanych, dochodzi się do przekonania, iż noworodek najprawdopodobniéj nie oddychał wcale, a za tem przemawia niedodma płuc, które nie wypełniają klatki piersiowéj (prot. sekcyi ad 8) i są jakby do kręgosłupa przyparte. Jeden oddech wystarcza bowiem u dziecka donoszonego, aby całkowicie płuca powietrzem wypełnić, a tem samem wystarcza, aby płuca wypełniły klatkę piersiową.

Wobec znacznie posuniętéj zgnilizny zwłok opisanéj w protokóle pod l. 1, 2, 6, 10, 13, 14, 15, 16, najmniejszéj wagi nie można przywiązywać do próby płucnéj, bo jeśli kawałki śledziony a nawet wątroby pływały, świadczy to, iż znaczna ilość gazów gnilnych już się wywiązała w tych narządach, tem samem i w płucach nawet mniejsza ilość gazów gnilnych wystarczała do zmniejszenia ciężaru ich gatunkowego, a więc wystarczała do utrzymania ich na powierzchni wody.

Co do orzeczenia pp. obducentów to *ad 1)* ich orzeczenia zaznacza się, iż absolutnego przekonania, czy noworodek był donoszonym po ich oględzinach nabyć nie było można, a to z powodu, iż zwłoki były 49 ctm. długie (prot. sekc. 3), gdy noworodek donoszony wynosi 51 ctm. długości a jąder kostnych ani w dolnéj nasadzie kości udowéj ani w kości skokowéj nie badano i ich nie poszukiwano;

ad 2) błędnem jest zdanie, iż dziecię to żyło, bo próba płucna wobec daleko posuniętéj zgnilizny niema znaczenia; a zdanie, że żyło krótko, bo płuca niezupełnie były rozwinięte, jest zupełnie fałszywem, jeden wdech dziecka donoszonego wystarcza do wypełnienia całkowitego płuc;

ad 3) za śmiercią z uduszenia nic nie przemawia, nie znaleziono nawet wynaczynionek podopłucnowych i podosierdziowych, ani krwi płynnéj w sercu, momentów, które aczkolwiek nie przemawiają wprost za śmiercią z uduszenia, jednak po wykluczeniu innych możliwych przyczyn śmierci takową wielce prawdopodobną czynią;

ad 4) Obducenci sami z sobą są w sprzeczności i tym punktem obalają całe orzeczenie w pierwszych 3. punktach niezbicie postawione.

Co się tyczy dodatkowego orzeczenia pp. obducentów należy się podnieść, iż 1) słusznem jest zapatrywanie ich, iż płuca zgniliźnie później ulegają niż narządy miąższowe, jednak gdyby płuca dotyczącego noworodka były zupełnie wolne od zgnilizny, a tylko na takich próba płucna dokonana może doprowadzić do niemylnego sądu, wówczas musiałyby być barwy jasno-różowéj a nie łupkowo-popielatéj; barwa ta tylko od zgnilizny pochodzić może, bo o pylicy węglowéj lub wapiennéj u noworodka mowy być nie może

Wreszcie jeżeli zdaniem obducentów dziecię zmarło z uduszenia a oddechało i żyło krótko, to tem samem płuca musiały tem łatwiéj uledz zgniliźnie o ile powietrze wdechowe mikroorganizmy gnilne do płuc przywiodło i o ile krew w obfitszéj ilości po największéj części zawarta w płucach uduszonych proces gnilny przyspiesza (Hofmann, 2-te Auflage, s. 640). Wreszcie najlepszem *criterium*, czy płuco zawiera powietrze, jest zbadanie takowych lupą, czy w pęcherzykach nie znachodzi się baniek powietrznych w postaci jakby kropli rosy uwidoczniających się.

(Dokończenie nastąpi).

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

Zapalenie opon mózgowych na podstawie gruźliczéj przydarza się u dzieci niestosunkowo częściéj, aniżeli u dorosłych. Przyczyna tak we wieku dziecięcym jak późniejszym jest jedna i ta sama, to jest, dostanie się prątków gruźliczych do naczyń w oponach miękkich mózgowia. Muszą zatem jeszcze inne istnieć powody, dlaczego choroba ta pojawia się najczęściéj we wieku dziecięcym, a powody te znajdować się mogą albo w organizmie samegoż dziecięcia, t. j. we właściwościach fizyjologicznych wieku dziecięcego, dotyczących krążenia wogóle, w szczególności zaś krążenia w jamie czaszkowéj, albo też w stosunkach zewnętrznych.

O ile stosunki czysto zewnętrzne stoją w związku z częstością pojawiania się zapalenia opon gruźliczego, nie jest jeszcze dotychczas należycie wykazanem, a to głównie dla braku dat statystycznych. Do stosunków tych zaliczamy w pierwszym rzędzie porę roku. Najwięcéj usposabiać mają do zapadnięcia na chorobę w mowie będącą miesiące marzec, kwiecień i maj, odpowiadające wiośnie. Guersant, Piet, Rilliet i Barthez spostrzegali najwięcéj zapaleń opon gruźliczych w miesiącu marcu, nasze spostrzeżenia również okoliczność tę stwierdzają, iż na wiosnę najwięcéj bywa zapaleń opon, nie możemy jednak przypisywać pewnym miesiącom większego znaczenia i uważamy, iż owa częstość nie zależy tak dalece od pory roku saméj przez się, jak od nagłych przejść w temperaturze powietrznéj. Dlatego też więcéj będzie przypadków zapaleń opon gruźliczych w téj wiośnie, w któréj najwięcéj będzie dni gorących, w któréj przejście z zimy do wiosny będzie nagłe: na odwrót podczas wiosny chłodnéj mniéj spostrzedz można odpowiednich przypadków. Fakt ten da się łatwo wytłomaczyć.

Dzieci, które zimę całą albo przesiedziały w domu albo wychodziły otulone i to na czas krótki, odzyskują w lecie swą wolność, wybiegają bez nakrycia głowy i narażają się na wpływy słońca grzejącego już dobrze, albo też używając swobody po dworze w całéj pełni, niedopilnowane łatwo uledz mogą jakiemu urazowi, który przy wrodzonéj skłonności *par excellence* czy to wskutek zboczeń krzywiczych, lub też nabytéj w ciągu zimy przez przebywanie jakichś chorób dysponujących, jest owym bodźcem przyspieszającym powstawanie zapalenia. W jesieni i na wiosnę panują zazwyczaj wszelkie choroby zakaźne między dziećmi, a przebywanie ich zwłaszcza odry i krztuśca jest częstokroć pierwszym krokiem prowadzącym do gruźlicy opon, czy to tylko przez podkopanie organizmu i uczynienie go mniéj odpornym na działanie zarazka gruźliczego, czy też przez towarzyszące chorobom tym zapalenie płuc, z dążnością wybitną do zserowacenia, lub też przez prawie zawsze w parze idące obrzęknięcie gruczołów oskrzelowych i zmiany ich następowe. — Wiemy daléj, iż wysypki zołzowe również wykwitają bardzo obficie na wiosnę, rozległe wypryski najwięcéj w téj porze spostrzegać można, a są to częstokroć wrota dla imigracyi prątków gruźliczych.

Z tych to powodów zestawienie statystyczne według miesięcy wtedy tylko miałoby wartość, gdyby równocześnie uwzględniano ciepłotę ówczesnéj pory jakoteż zaznaczano, czy owe dzieci, które padły ofiarą téjże choroby, przebywały poprzednio które z chorób zakaźnych, lub okazywały świeższe produkta zołzów. Przypadki przez nas zauważane rozdzielają się zresztą według miesięcy w następujący sposób:

w styczniu	zapadło 3	w lipcu	zapadło 3
„ lutym	„ 1	„ sierpniu	„ 0
„ marcu	„ 4	„ wrześniu	„ 2
„ kwietniu	„ 2	„ październiku	„ 1
„ maju	„ 2	„ listopadzie	„ 4
„ czerwcu	„ 4	„ grudniu	„ 3

O poprzedzaniu choroby zakaźnéj wiadomo nam w przypadkach 5: raz poprzedzał dur brzuszny, raz ospa, raz płonica, raz wystąpiło zapalenie opon mózgowych gruźlicze wśród krztuśca, raz zaraz po ustąpieniu wysypki odrowéj.

Co się tyczy tak zwanego *genius epidemicus* t. j. spostrzeżenia, iż podczas panowania nagminnego zapalenia opon częstszemi są także i przypadki zapalenia opon gruźliczego, podobnież nic potwierdzającego podać nie możemy. W roku 1879 mieliśmy w miesiącach maju, czerwcu i lipcu w mieście naszem lekką epidemię zapalenia opon nagminnego, nie zauważyliśmy jednak żadnego zwiększenia się przypadków zapalenia gruźliczego w porównaniu z latami innemi. Z 29 przypadków w trzechleciu zauważonych było w roku 1879 — 10, w r. 1880 przyp. 11, a w r. 1881 przyp. 8, w maju roku 1879 przypadek 1, w czerwcu 1 a w lipcu 2.

Jako moment dysponujący do rozwinięcia się zapalenia opon gruźliczego uważają jeszcze niektórzy także i ząbkowanie. Faktem jest wprawdzie, iż większa część dzieci *meningitis tuberculosa* cierpiących, znajduje się właśnie wtedy w jakim okresie ząbkowania, ale niema w tem nic nadzwyczajnego, skoro właśnie większa część przypadków *meningitis tuberculosa* przypada na ten wiek, w którym ząbkowanie prawidłowo odbywać się musi. Jeżelibyśmy jakikolwiek związek przyczynowy wyszukać chcieli, to jedynie przypuścić byśmy mogli, iż wskutek sprawy ząbkowania następują zaburzenia w krążeniu czaszkowem wywołane przekrwieniem, jakoteż podwyższoną częstokroć ciepłotą ciała, i że zaburzenia te ułatwiają prątkom gruźliczym dostanie się do naczyń krwionośnych opon i usadowienie się tamże. Musi

jednak poprzednio już w organiźmie być miejsce jakie, zkąd prątki do obiegu krwi dostać się mogą. Podobnie też tłomaczyć należy i przypadki te, w których zapalenie opon mózgowych gruźlicze następuje bezpośrednio lub pośrednio po urazie.

Dalszym wreszcie punktem spornym jest rokowanie w zapaleniu opon gruźliczem. Wprawdzie od czasu do czasu odzywały się głosy, iż choroba ta nie musi bezwzględnie zakończyć się śmiertelnie i ogłaszano przypadki także wyleczenia zapalenia opon gruźliczego, we większéj jednak części tych przypadków nie można było nabrać przekonania, iż rozpoznanie było niewątpliwem, i że nie rozchodziło się o inną postać zapalenia opon mózgowych. Dlatego też znaczna część pedyjatrów uważa teraz jeszcze zapalenie opon gruźlicze za chorobę bezwzględnie śmiertelną i rokuje w przypadkach podobnych niepomyślnie, przyznając atoli, iż częstokroć rozpoznanie zawodzi, a przypadki, w których nie brak ani jednego objawu przypisywanego zapaleniu opon mózgowych gruźliczemu, kończą się po kilkutygodniowym przebiegu wyzdrowieniem. Bywają to przypadki zapalenia opon mózgowych na podstawie czaszki samoistnego, nie na tle gruźliczem powstałego, którego pod względem przebiegu klinicznego nie można prawie odróżnić od zapalenia gruźliczego. Dopiero po kilku ogłoszeniach w najświeższym czasie przypadków pomyślnie zakończonych a pod względem rozpoznania niewątpliwych zapalenia opon gruźliczego, bo u indywiduów tych zmarłych niedługo po przebyciu zapalenia z choroby innéj lub też skutkiem powtórnéj *meningitis*, stwierdzono przy sekcyi resztki pierwotnego zapalenia i ogniska serowate, przypuścić musimy możność choćby chwilowego wyleczenia. Przypadki zapalenia opon mózgowych gruźliczego pomyślnie zakończone podali dawniéj Lebert, Rilliet, Gerhardt, Henoch, Bouchut, w nowszych zaś czasach Bókai (przypadek niewątpliwy). Herz (prawdopodobnie, jak sam rozpoznał, *mening. basil. non tuberculosa*), Gibney (wątpliwy), Sauerwald-Oeynhausen (wątpliwy), Biedert (bardzo wątpliwy), Cadet de Gassicourt i Roger (niewątpliwe), Nilsson (bardzo prawdopodobny, — bo dwoje rodzeństwa zmarło z tejże saméj choroby), Soudèn (prawdopodobny). Ja sam miałem sposobność zauważyć w praktyce prywatnéj trzy przypadki przebiegające pod obrazem zapalenia opon na podstawie gruźliczego a zakończone pomyślnie. Pierwszy dotyczył dziecka 13-miesięcznego z rodziców zdrowych, drugi dziecka 2-letniego z ojca gruźliczego, choroba trwała 6 tygodni poczem nastąpiło wyleczenie o tyle względne, że pozostały przykurczenia, a trzeci dziewczyny 6-letniéj z ojca gruźliczego a matki skrofulicznéj, w którym również po kilku tygodniach dopiero zaczął stan się poprawiać. Dziewczyna ta przedstawia naciek w szczycie płuca lewego.

W każdym jednak razie twierdzić musimy, iż pomyślne zakończenie zapalenia opon gruźliczego należy do przypadków najrzadszych; o możności wyleczenia zapominać zaś nie powinniśmy, ażeby w przypadkach odpowiednich nie opuścić zupełnie rąk, a co więcéj chorego, który potem dziwną igraszką losu — bez leczenia — do zdrowia powrócić może.

Przystępujemy obecnie do podania niektórych spostrzeżeń poczynionych na chorych z zapaleniem opon mózgowych na tle gruźliczem, których liczba w ciągu trzechlecia wynosiła 29. Z tych chłopców było 16, dziewcząt 13. Wiek rozdziela się jak następuje:

lat	$1\frac{1}{4}$	$1\frac{1}{2}$	2	3	$3\frac{1}{2}$	4	5	$5\frac{1}{2}$
przypadków	1	3	4	2	1	4	2	1

lat	6	$6\frac{1}{2}$	7	8	10	11
przypadków	2	1	3	3	1	1

Stan odżywienia był złym w przypadkach 12, miernym w 6, zaś w 6 dość dobrym, a w 5 dobrym.

Gruźlicę w rodzinie chorego dziecka zauważyliśmy w przypadkach 7, tu jednak podnieść musimy, iż anamneza w wielu przypadkach była niedokładną, bo albo rodziców wcale nie widzieliśmy, albo też nic od nich dowiedzieć się nie mogliśmy. W przypadkach tych zaś 7 przekonaliśmy się o gruźlicy rodzinnéj w ten tylko sposób, że także jeszcze i drugie lub trzecie dziecko z tejże rodziny pozostawało w leczeniu szpitalnem.

Choroby zaś ustroju nerwowego zauważyliśmy w rodzinie dzieci 8, a mianowicie w 1 przypadku (Głowacki) u brata tężyczkę, w 4 przypadkach (Bury, Knoër, Piegza, Solarski) zapalenie opon mózgowych gruźlicze, u pierwszego zmarło 2 braci, u drugiego ojciec i brat, u trzeciego i czwartego jeden brat; w 1 przypadku (Zieliński) u siostry zapalenie ropne opon i w 1 nakoniec (Strycharska) zmarła siostra na *hydrocephalus chronicus* a w 1 (Wożniak) również siostra na *hydrocephalus acutus*.

To cośmy powiedzieli powyżej o wywiadach co do gruźlicy tyczy się także i chorób ustroju nerwowego. Obciążenie rodzinne znaleźlibyśmy zapewne we większéj liczbie przypadków, gdyby dochodzenie w naszych warunkach było łatwiejszem.

Pod względem przebiegu choroby i czasu trwania jéj to wiadomem jest, iż średnio przyjmuje się, nie licząc okresu zwiastunów, który żadnéj kontroli nie podlega, bo rzadko tylko kiedy zwraca otoczenie nań uwagę, jako czas trwania 2—$2\frac{1}{2}$ tygodnia, a mianowicie na okres odrażnienia liczy się 1 tydzień, na okres ucisku 1 tydzień, a okres trzeci godzin kilkanaście aż do dni kilku. Bywają jednak i liczne wyjątki. I tak podaje Seeligmueller przypadek, w którym cała choroba nie trwała dłużéj niż $4\frac{1}{2}$ godzin, Röhrer przypadek, w którym choroba przebiegła śmiertelnie u dziewczyny $4\frac{1}{4}$ letniéj, poprzednio zdrowéj, w ciągu godzin 12, gdy na odwrót znane są przypadki znacznie dłużéj trwałego przebiegu, jak n. p. Reimer cztery tygodnie, Sauerwald 25 dni, Bókai 55 dni, a Mauczka (podaje Lederer) nawet 2 miesiące.

Według naszych spostrzeżeń wynosił średni czas trwania choroby tylko dni 10 do 12, najkrótszy przebieg odbył się w dniach $2\frac{1}{2}$ (Babicówna), najdłuższy w dniach 32 (Kosowska). Natomiast w trzech przypadkach (Domaszno, Kuklicz i Banianka) był przebieg całkiem utajony, nie było ani jednego objawu zdradzającego cierpienie opon lub mózgu, a o zapaleniu opon gruźliczem dowiedzieliśmy się dopiero przy sekcyi. Podobnie też i czas trwania poszczególnych okresów znacznie był krótszym, niż to powszechnie podają; okresy były zresztą w przeważnéj części przypadków zamazane i nie dało się tak ściśle oznaczyć, kiedy ustał jeden a rozpoczął się drugi; we wielu przypadkach nie doszła choroba wcale do okresu 3-ciego a w niektórych ani nawet do okresu 2-giego, gdyż

wcześniéj jeszcze nastąpiła śmierć. W jednym przypadku trwał okres 2-gi tylko godzin 24, w innym zaś dni 10, średnio od 3-ch do 6-ciu dni. Okres 3 ci zauważyliśmy tylko w 3-ch przypadkach i trwał on 8 do 12 godzin.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Terapija.

Prof. A. Landerer: *Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure.* Lipsk 1892, str. 96.

W przedmowie zaznacza autor, że część rezultatów obecnéj pracy ogłaszał już poprzednio *(Eine neue Behandlungsweise tuberculöser Processe". Münch. med. Wschrft.* 1888, Nr. 40—41. *„Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Tuberculose". Münch. med. Wschrft.* 1889, Nr. 4. *„Die Behandlung der Tuberculose mit Perubalsam". Deut. med. Wschrft.* 1890, Nr. 14—15). Do wyników jego mało przywiązywano wagi, ponieważ używano po większéj części przetworów złych lub zafałszowanych; dawniéj używana emulzyja balsamu peruwiańskiego z gumą arabską wywoływała silne boleści, co emulzyja z żółtkiem czyni w znacznie mniejszym stopniu; co się zaś tyczy wstrzykiwań do żył, to albo je wyśmiewano albo uważano za zbrodnię. Autor nie uważa balsamu peruwiańskiego za specyfik przeciw gruźlicy, twierdzi tylko, że zapalenie wywołane przez balsam wywiera wpływ gojący. Takie samo wywoływanie zapalenia w miejscu chorem chcą wytworzyć przez użycie tuberkuliny czy kantarydynianu potasu. Autor żali się, że o tem nie nowem zresztą spostrzeżeniu wywoływania zapalenia w miejscu chorem, jako o jego zasadzie leczenia gruźlicy ewentualnie i innych chorób nikt nie wspomina, a przypisują je jako nowe odkrycie Kochowi lub Liebreichowi.

We wstępie autor przytacza dawniéj ogłoszone rzeczy, jaką drogą doszedł do stosowania wstrzykiwań do żył emulsyi z balsamu peruwiańskiego. Najszczęśliwszym wynikiem sprawy gruźliczéj jest wytworzenie stałéj blizny; niestety zapalenia gruźlicze mają małą tendencyję do przechodzenia w blizny, wprost przeciwnie odznaczają się swoją postępowością, tworzeniem ropni i przetok. Przyczyna zwapniania kawern ma zdaniem autora łeżeć w małym odczynie zapalnym naokoło nich, którego niema np. w *tumor albus genu*, bardzo charakterystycznie tak zwany z powodu braku nawet rozszerzenia naczyń, w przeciwstawieniu do ostrego ropnego zapalenia stawu kolanowego.

Autor postawił sobie za zadanie sztuczne wywoływanie takiego zapalenia, któreby doprowadziło do wytworzenia się blizny. Ponieważ nie miał osłabionych kultur drobnoustrojów ropnych i obawiał się ich fatalnego działania na ustrój, szukał środka chemicznego, przez któryby mógł wywołać zapalenie aseptyczne. Używał do tego środków antiseptycznych, mało rozpuszczalnych, żeby uniknąć przy stosowaniu na miejsce chore przykrego działania ogólnego, któreby wystąpiło po prędkiem wchłonięciu karbolu, sublimatu itd. Jodoform dał mu mało zadowalające rezultaty, tlenek cynku, azotan bismutu, kwas salicylowy jeszcze mniéj. Przypadkiem poznał jako doskonałe antituberculosum balsam peruwiański polecony przez Sayrego do leczenia *spondylitis tuberculosa.* Pod tym środkiem powierzchowne granulacyje ładnie się goiły, ale na głębiéj leżące sprawy balsam nie miał żadnego wpływu, ponieważ nie dostawał się do miejsca chorego. Żeby ciężko płynnemu balsamowi ten dostęp ułatwić, zaczął go używać w emulsyi z gumą arabską, ponieważ balsam w wodzie, alkoholu, oliwie się nie rozpuszcza, tylko z eterem daje się mięszać. Że jednak przyczyną śmierci przy cierpieniach stawów i kości są najczęściéj zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych, których lokalizacyi nie można określić dokładnie n. p. w płucach, gruczołach oskrzelowych itd., a ogniska powstają zdaniem autora przez emboliję za pośrednictwem naczyń krwionośnych, postanowił więc przez krew wprowadzać ten czynnik leczniczy i w tym celu wstrzykiwał emulsyję z balsamu peruwiańskiego do żył.

Na mocy doswiadczeń Schüllera z cynobrem, a Ribberta, Ortha i Wysokowicza z bakteryjami wiedział, że wprowadzone do krwi ciałeczka składają się tam przeważnie, gdzie istnieje już jakie zapalenie lub skaleczenie, liczył więc, że i kulki balsamu zatrzymają się w miejscu chorem. Emulzyja wstrzykiwana była zmięszana z fizyjologicznym roztworem soli kuchennéj po sprawdzeniu pod mikroskopem, że każda kuleczka balsamu jest znacznie mniejszą od ciałka krwi. Emulsyja z żółtkiem daje znacznie mniejsze kuleczki niż emulsyja z gumą arabską. Autor po 1000 wstrzykiwaniach królikom i 200 ludziom nie widział żadnych przykrych objawów, jak opresyi, białkomoczu itd. Rezultatem szczepień u królików było zniszczenie laseczników i sztuczne wywołanie procesów analogicznych do tych, jakich natura używa do wyleczenia gruźlicy, tj. zwapnienia.

Następnie przytacza autor doświadczenia wykonane na ludziach z balsamem peruwiańskim czystym i w emulsyi. Najlepsze rezultaty miało dać leczenie gruźlicy gruczołów, bo na 31 przypadków 30 wyleczeń zupełnych, 1 polepszenie, gruźlicę części miękkich (12 przypadków), po wyskrobaniu i tamponowaniu czy pod plastrem z balsamu całkowicie wyleczono. W przypadkach wilka występowały recydywy ale w większych odstępach czasu, niż po leczeniu innemi środkami.

W leczeniu gruźlicy stawów i kości, w przypadkach, w których było ropienie, wyskrobywał lub robił resekcyje, a balsamu używał do tamponowania na gazie sublimatowéj i przestrzykiwania oprócz wstrzykiwań emulsyi w miejsca chore, w przypadkach bez ropienia zakładał opatrunki unieruchomiające, ekstenzyję itd., pomimo to nie uniknął skurczeń kończyn, zesztywnień itd. Na 76 przypadków miał 6 przypadków śmierci i 8 przypadków bez żadnego rezultatu, resztę uważa za wyleczone.

Z 23 przypadków gruźlicy płuc 11 umarło, 6 uważa autor za wyleczone (u 5 oprócz podmiotowych objawów zdrowia pozostały stłumienia mniejsze niż były w szczytach i małe różnice w oddechu, nie było tylko rzężeń, kaszlu i laseczników), 4 za polepszone (stępienia mniejsze i kaszel pozostały), 2 bez poprawy. Ponieważ te nieświetne wyniki 47·8% śmiertelności przypisuje autor temu, że nie dość działającéj substancyi wprowadzał do organizmu, zaczął stosować *Sumatrabenzoë*, który zawiera znacznie więcéj kwasu cynamonowego niż balsam peruwiański, wreszcie zaczął stosować sam kwas cynamonowy.

Kwas cynamonowy C_6H_5 CH CN COOH rozpuszcza się tylko w wodzie gorącéj, łatwo się rozpuszcza w alkoholu i eterze, tworzy białe kryształy bez zapachu. Cynamonian sodu z łatwością rozpuszcza się w wodzie. Autor stosował kwas cynamonowy w formie emulsyi o składzie następującym: Rp. *Acidi cinnamylici 5·0, Olei amygdalar. 10·0, Vitelli ovi 1, Sol. natrii chlorat.* (0·7%) *9·1 ut fiat emulsio 100·0.*

Emulsyję należy chłodno przechowywać, latem w lodzie może się przechowywać we flaszce ze szklanym korkiem 6 do 8 dni. Powinna się przedstawiać jako żółtawe mleko, zupełnie równomierne, nie wydzielać kryształów kwasu cynamonowego lub pływać jak śmietanka na roztworze soli. Emulsyja robiona wprost z cynamonianu sodu okazała się nierównomierną i nietrwałą. Wstrzykuje się zwykłą strzykawką Pravaza, którą znacznie lepiéj się sterylizuje przez ½ godzinne trzymanie w mocnym alkoholu niż w 5% roztworze kwasu karbolowego. Mocno kwaśną emulsyję należy zobojętnić 25% ługiem sodowym (na 10 gramów emulsyi 10—15 kropel), przyczem bezpośrednio przed wstrzyknięciem należy sprawdzić odczyn papierkiem lakmusowym. — Wstrzykuje się do którejkolwiek z żył na przedramieniu ręki, po założeniu ponad łokciem opaski gumowéj Martina lub Esmarcha, po wstrzyknięciu zakłada się opatrunek z waty lub gazy sublimatowéj i późniéj zdejmuje powoli opaskę elastyczną. Wstrzykuje się od 0·1—1·0 5% emulsyi

2 razy na tydzień. Injekcyja nie powinna wywoływać żadnych objawów.

Z 18 w ten sposób leczonych przypadków gruźlicy płuc uważa autor 9 za wyleczone, 6 za będące w stanie poprawy, 1 bez zmiany, 2 przypadki śmierci.

Z chirurgicznych przypadków, w których oprócz nacięć, wyskrobywań, opatrunków gipsowych i ekstenzyjnych stosowano kwas cynamonowy do przestrzykiwań, wstrzykiwano w miejsca chore i robiono injekcyje mięśniowe, obserwowano 6 *coxitis*, 5 wyleczeń, 1 poprawa; 12 *gonitis*, 1 śmierć, 7 wyzdrowień 4 poprawy; zapaleń stawu skokowego 12, 10 wyzdrowień, 1 znaczna poprawa, 1 bez zmiany; innych stawów 15 przypadków, w części wyleczonych, w części jeszcze podlegających leczeniu. Ogólny procent już wyleczonych i tych, którzy z przebiegu dotychczasowego mają wszelkie szanse wyleczenia, oblicza autor na 80%. Szczególniejszą uwagę zwraca przytem autor na dobre odżywianie, dobre powietrze i inne korzystne warunki; pod koniec kuracyi szczególniéj zaleca kąpiele solankowe.

W końcu reasumuje swoją pracę w twierdzeniach: 1) kwas cynamonowy silnie wpływa na przebieg gruźlicy; 2) miejscowo stosowany może powstrzymać i wygoić umiejscowioną gruźlicę, 3) wstrzyknięty do żyły przy dostatecznéj ostrożności jest nieszkodliwy, 4) znaczną część gruźlic wewnętrznych może wyleczyć. *Dr. Śmiechowski.*

Choroby skórne.

Ihle: Tłuszcz Oesipus.

Tłuszcz ten, który już starożytni znali, jest tłuszczem zwierzęcym, a otrzymuje się go z wełny. Jest to więc tłuszcz zbliżony do lanoliny, a tem się od niej różni, że jako nie czyszczony zawiera olejki eteryczne. Oesipus nie tylko jest dobrym łącznikiem maściowym, ale także sam przez się jako taki działa leczniczo na skórę. Tacuier używa tłuszczu tego w postaci pasty, łącząc go z równą ilością oliwy i dodając odpowiednią ilość mączki skrobiowéj, magnezyi lub cynku. Pasta ta ma własności wysuszające i znajduje zastosowanie w sączących chorobach skóry. Jeżeli chcemy zadziałać antyseptycznie w chorobach pasorzytniczych n. p. w *sycosis*, to do pasty dodajemy którykolwiek z środków tej grupy w dermatologii używanych. W oparzeniach działa *oesipus* bez domieszek skutecznie i zapobiega tworzeniu się pęcherzy. Także działanie rozmiękczające tego tłuszczu zasługuje na uwagę, dlatego wszędzie, gdzie chcemy usunąć twarde, stare strupy, możemy użyć go. Na szczególną uwagę zasługuje własność uśmierzania swędzenia a według doświadczeń Ihlego już jednorazowe natarcie w prurigo wystarcza do ulżenia choremu na pewien czas. Jako łącznik w różnych maściach działa przeważnie kojąco, ma jednak wielką wadę a tą jest nieprzyjemna woń. *(Mhft. prakt. Derm.* 1891 *Bd.* 13). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby uszne.

Gruber (Wiedeń): O szwie następowym po otwarciu wyrostka sutkowego.

Główna przyczyna długotrwającego leczenia pooperacyjnego po trepanacyi wyrostka sutk. leży albo w anatomicznych stosunkach narządu słuchowego, albo też w ogólnym stanie zdrowia chorego. Są przypadki, w których pożądanem jest, aby rana operacyjna pozostawała otwartą, ponieważ sprawa chorobowa i szkodliwe produkta chorobowe po wykonaniu operacyi jeszcze nie ustąpiły, jak to n. p. ma miejsce w chorobach usznych stojących w związku z cierpieniem ogólnem, konstytucyjnem np. gruźlicą, zołzami itp. Zdarzają się jednak także przypadki, w których leczenie pooperacyjne może być skrócone przez dalsze zabiegi lecznicze. Dotychczas starano się zwykle leczyć otwartą ranę operacyjną przez sprowadzenie ziarniny. Przez wprowadzone ciała obce, gazę jodoformową i t. p. utrzymywano ranę otwartą dopóty, dopóki jama się zupełnie nie wypełniła, co czasem trwało całe tygodnie a nawet miesiące. Doświadczenie wszakże pouczyło, że właśnie w ranach operacyjnych na czaszce ubytki kostne prędzej się odradzają, gdy są pokryte częściami miękkiemi, i że przez założenie odpowiedniego szwu można doprowadzić części ziarniejące odpowiednio przygotowane do zrośnięcia się. Szew taki uważa G. jako korzystny w przypadkach, w których operacyę wykonano tylko w celach rozpoznawczych i z powodu pewnych przyczyn nie można było rany bezpośrednio po operacyi zaszyć, powtóre w tych, w których objawy miejscowe i ogólne wskazują, że dalsze otwarte utrzymywanie rany jest zbytecznem. Znaczniejsza głębokość rany nie stanowi przeciwwskazania, szczególnie, jeżeli nie ma komunikacyi z jamą bębenkową. Przeciwnie zaś nie wolno zakładać szwu następowego tam, gdzie rana jamy jest w związku z ogniskiem ropnem sąsiedniem jeszcze nie wyleczonem jak w przypadkach ropienia w jamie bęb. połączonego z raną na wyrostku. Gdzie zaś takiej komunikacyi niema a ropienie w wyrostku jest skąpe, albo jeżeli przy istniejącej komunikacyi z jamą bęb. ropienie w tejże oddawna już ustało, zespojenie rany zdaniem G. jest wskazanem. W przypadkach, w których ustanie ropienia w głębi rany nie jest jeszcze tak pewnem, aby można było obejść się bez kanału odprowadzającego, poleca G. zostawienie małego otworka w ranie w miejscu najodpowiedniejszem, przez który to otwór wydzielina mogłaby się na zewnątrz wydostawać i skąd w razie potrzeby możnaby ranę na nowo rozszerzyć. Dalej podaje G. sposób wykonania szwu przez siebie polecanego i przytacza kilka przypadków dowodzących skuteczności tej operacyi. (*Internat. klin. Rundschau.* 1891. 32—33).

Dr. Spira.

Medycyna sądowa.

Dr. Hammerl: Badania nad wpływami uniemożliwiającemi wykrycie krwi.

Pracę niniejszą jako konkursową wykonał H. w zakładzie prof. Krattera w Insbrucku. Już Hofmann omawiając w podręczniku swym medycyny sądowéj sposoby wykrywania krwi w plamach podejrzanych itd. wspomina, iż wykrycie to bywa trudnem a nawet niemożliwem, jeśli krew była wystawioną na dłuższe działanie światła słonecznego, powietrza, wysokiéj ciepłoty lub uległa zapleśnięciu, zgniliźnie lub zmięszała się z rdzą żelaza.

H. poddawał krew w postaci plam na płótnie, narzędziach stalowych, murze, liściach roślin, płytach drzewianych lub szklanych, lub krew zmięszaną z gliną, działaniu światła słonecznego, zgnilizny, wysokich ciepłot i wpływom atmosferycznym; następnie badał o ile krew w ten sposób zmieniona, dawała się stwierdzić próbami dotąd powszechnie w tym celu używanemi, mianowicie próbą gwajakową van Deena, heminową Teichmanna, spektralną, wreszcie próbą uwzględniającą ciałka krwi. Celem rozpuszczenia zaschłéj krwi do próby spektralnéj używał H. w następującym porządku: wody destylowanéj, wysyconego rozczynu boraksu, 10% rozcz. sinku potasu, amoniaku, alkoholu z kwasem siarkowym, rozcieńczonego ługu sodowego, 30% rozcz. ługu potasu i kwasu octowego zeszklonego. W ciągu badań swych przekonał się, iż nawet i te środki nie są czasem w stanie rozpuścić grudek krwi; poszukiwania jego za nowym rozpuszczającym odczynnikiem znalazły kwas solny i siarkowy, oba w stanie zgęszczonym, jako znakomite odczynniki rozpuszczające grudki krwi te, które całemu poprzedniemu szeregowi odczynników stanowczo się opierały.

Doświadczenia H. wykazały, iż światło słoneczne, zgnilizna, wpływy atmosferyczne, pleśnie i rdza zmieniają krew tak, iż ta próbami znanemi z trudnością zaledwie daje się wykazać, lub gdy wpływy powyżéj wymienione na krew bardzo długo działały, krwi żadną próbą wykazać nie można. Suche gorące powietrze zmienia krew w ten sposób, iż jéj wykrycie nie udaje się: *a*) za pomocą próby gwajakowéj, gdy krew ogrzewano przy 130—135° C. przez godzinę; *b*) za pomocą próby heminowéj Teichmanna, gdy ogrzewano przez godzinę przy 140—145° C. *c*) Ciałek krwi czerwonych nie można już było wykazać, gdy płynną krew ponad 52° C. ogrzano; w krwi poprzód w cienkich warstwach zasuszonéj na drzewie lub szkle, nawet po ogrzaniu jéj do 200° C. kontury ciałek są widocznemi. *d*) Za pomocą próby spektralnéj krew nawet do 200° C. przez kilka godzin ogrzewa-

na daje się wykryć mianowicie przez rozpuszczenie jéj w kwasie siarkowym zgęszczonym. Roczyn jéj w kwasie siarkowym daje widmo hematoporfiryny kwaśnéj, krew w jakikolwiekbądź sposób zmieniona, jeżli żadnym sposobem dotąd używanym wykazać się nie daje, i jeżli w żadnym z odczynników dotychczas znanych się nie rozpuszcza, wówczas kwas siarkowy rozpuszcza ją w postaci hematoporfiryny i w przyrządzie widmowym charakterystycznem widmem jako taką ją uwidacznia. (*Vierteljschr. f. gericht Med.* 1892 IV T. Z. 1).

Prof. Kratter: **Znaczenie sądowo-lekarskie widma hematoporfiryny.**

K. stwierdził doświadczenie Hammerlinga, iż krew zasuszona i zmieniona różnemi wpływami rozpuszcza się w kwasie siarkowym. Przekonał się przytem, że nawet krew częściowo zwęgloną można jeszcze wykazać przez kwas siarkowy. Również krew w wyblakłych, starych plamach, w których żadnym z dotychczas używanych sposobów krwi stwierdzić nie był w stanie, przy pomocy kwasu siarkowego stwierdził z zupełną pewnością. Grudka zaschniętej krwi rzucona do epruwetki zgęszczonym kwasem siarkowym wypełnionej, już po upływie pewnego czasu okazuje przy brzegach swych przeświecanie barwą granatów ciemnowiśniową. Po pewnym czasie zabarwia się kwas siarkowy bladowiśniowo. Roczyn ten wstawiony przed przyrząd spektralny daje widmo kwaśnéj hematoporfiryny, tj. widmo barwika krwi pozbawionego żelaza. Widmo to wybitne i charakterystyczne składa się z dwóch smug: jednéj węższéj tuż przed D, drugiéj szerszéj i ciemniejszéj między D i E. Przez rozlanie wodą roczynu hematoporfiryny w kwasie siarkowym, strąca się takowa w postaci strzępów rdzawych, które się rozpuszczają w alkaliach i dają wówczas widmo alkalicznéj hematoporfiryny. Widmo kwaśnéj hmtp. wystarcza do rozstrzygnięcia, czy się ma z krwią do czynienia, lub nie.

Jeżli się ma tylko skąpą ilość materyału do badania, wówczas roczynu sporządzić nie można. Wystarczy natomiast rozmiękłą w kwasie siarkowym zgęszczonym grudkę (jeżli ona jest grudką krwi, przy brzegach powinna przeświecać wiśniowo, gdy w kwasie siarkowym rozmięknie) rozetrzeć między dwoma szkiełkami przykrywkowemi i poddać badaniu spektralnemu.

K. przekonał się, iż do badania nową tą próbą zalecają się: *a*) ślady krwi, które wystawione były na działanie wysokiéj ciepłoty; *b*) krew czy to nadpalona, czy też nawet zwęglona; *c*) krew zasuszona, na przedmiotach i narzędziach różnych; *d*) krew wybladła i zwietrzała na płótnie pod wpływem słońca; *e*) zgniła i zaschnięta krew.

Natomiast nie nadaje się ta metoda do badania płynnéj i niezasuszonéj krwi. Próba ta może wypaść ujemnie, jeżli poddana krew badaniu zawiera jakiekolwiek istoty organiczne ulegające zwęgleniu pod wpływem kwasu siarkowego, lub barwiki inne w kwasie tym rozpuszczalne. (*Vierteljschr. f. gerichtl. Med.* 1892. T. IV. Z. I.).

Notatki lecznicze.

Leczenie pląsawicy.

Prof. Baumel w Montpellier zauważył, iż przyczyną usposabiającą do pląsawicy jest u dzieci niedokrewność; przyczyną zaś nagodną wykłuwanie się zębów trzonowych między 6 a 14 rokiem życia. Ztąd zaleca następujące leczenie:

Rp. *Kali bromati* 1·50 lub 2·00
Syr. cort. aurant. amar. 30·00
Aquae 90·00

S. wyżyć w przeciągu 24 godzin jako napój. Nadto co rano i wieczór podawać po jedzeniu po 0·05 *ferri hydrog. reducti* i po 20·00 odwaru kory chinowéj w szklance osłodzonego mleka. *(Nouveau Montp. médical.)* *Dr. Wachholz.*

IV. Sprawozdanie z IV. Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie w dniach 12, 13 i 14 lipca 1892.

(Dok. Patrz Nr. 37.)

Posiedzenie VI.

I. wykład. Dr. Klecki z Krakowa: O nowych środkach antiseptycznych.

Prelegent przedstawia wyniki z doświadczeń swoich nad przeciwgnilnem działaniem diafteryny, które okazały, iż roczyn 2‰ tego środka zabija hodowle *staphylococcus aureus.* Jako jednę z najważniejszych zalet diafteryny podnosi Dr. K. tę własność, że nie działa trująco na ludzi i nie sprowadza wyprysku, jakkolwiek z drugiéj strony posiada tę wadę, ze atakuje narzędzia nieniklowane. W końcu zachęca prelegent do dalszych badań nad działaniem przeciwgnilnem tego środka.

II. wykład. Dr. Wehr: „O promienicy brzusznéj“.

Prelegent podaje o przypadku promienicy brzusznéj operowanéj przez siebie. U człowieka, który trudnił się leczeniem bydła, rozwinął się guz na podbrzuszu sięgający od pępka do spojenia łonowego i posiadający kilka przetok, z których jedna była 10 ctm. długą. Dr. W. wnosił z tego, że przetoki prowadzą do jelita a operacyja (laparatomija, resekcyja jelita z wycięciem odpowiednich części powłok brzusznych chorobowo zajętych) rozpoznanie stwierdziła. Chory zmarł w dwa dni po operacyi wśród objawów zakażenia posocznicowego.

Prelegent nawiązuje do opisu powyższego przypadku kilka uwag o występowaniu promienicy kiszki ślepéj i wyrostka robaczkowego pod postaciami *perityphlitis* i radzi wcześnie operować, gdyż w późniejszym okresie powstają liczne zrosty koło kiszki ślepéj, jak to miało miejsce w powyżéj podanym przypadku, utrudniające wykonanie operacyi i zmniejszające szanse wyleczenia.

W dyskusyi Dr. Barącz ze Lwowa odwołując się do rozległego swego doświadczenia w téj dziedzinie wypowiada zapatrywanie, że rokowanie w promienicy brzusznéj nie jest tak złe, jak powszechnie sądzą. Jestto sprawa przewlekła, która częstokroć lata całe trwa w ustroju bez wywołania jakichkolwiek cięższych zaburzeń. Mowca ograniczał się w swoich 2 przypadkach promienicy brzusznéj do wypuszczenia ropy, a recydywa nastąpiła dopiero po 3 latach. Chorzy obecnie po 5 latach mają się wcale dobrze. Zarówno te dwa przypadki, z których jeden obserwował Dr. B. wspólnie z prof. Obalińskim, jakoteż z literatury zaczerpnięte spostrzeżenia dowodzą, że w promienicy brzusznéj wystarczy postępowanie łagodne, jak wypuszczenie ropy, wyskrobanie, przyżeganie kamieniem piekielnym, a nawet że wszelkie zabiegi cięższe kończą się śmiercią. W klinice Billrotha stosują przeciw promienicy wstrzykiwania kochiny z bardzo pomyślnym rezultatem i dlatego mowca w cięższych przypadkach uciekałby się do tego środka. Mowca krytykuje postępowanie Dra Wehra, podnosząc, że w opisanym przez niego przypadku przez wycięcie prawie połowy powłok brzusznych i pozostawienie otrzewny niepokrytą, warunki wyleczenia znacznie się pogorszyły. Wprawdzie przy wyskrobaniu można pominąć niektóre ukryte ogniska promienicy, ale i przy wycinaniu nie jesteśmy pewni, że od tego się uchronimy.

Dr. Steiner z Warszawy opisuje dwa przypadki promienicy z kliniki prof. Kosińskiego. W jednym z nich promienica brzuszna wytworzyła guz wychodzący z kiszki cienkiéj, z którego przetoki przebiły się przez powłoki brzuszne na zewnątrz. Prof. Kosiński wykonał laparatomię, guz całkowicie usunął, a chory wyzdrowiał.

Dr. Wehr odwołując się do przypadku opisanego przez poprzedniego mowcę oraz do pierwszego przypadku przez siebie operowanego, wykazuje, że przez radykalną operacyę

można promienicę brzuszną uleczyć, a już zupełnie mylnem jest twierdzenie, że wszystkie przypadki operowane zakończyły się śmiercią.

Co do punktu wyjścia promienicy brzusznéj, to najczęstszym jest kiszka ślepa (na 58 przypadków 34 razy), jednakże i z kiszki cienkiéj może, jak w przypadku opisanym przez Dra Steinera, promienica wychodzić. Mowca zwraca w końcu uwagę na trudność w rozpoznaniu i przytacza pod tym względem ciekawe daty statystyczne, z których wynika, ze w $1/3$ wszystkich przypadków (58) nie rozpoznano za życia promienicy.

III. Dr. Obfidowicz z Krakowa: „O wolu kostniejącym".

U ślusarza 26 lat liczącego, po znieczuleniu kokainą, wycięto przerosły płat środkowy gruczołu tarczykowego. Był to guz wielkości sporego jaja kurzego, który sterczał w linii środkowéj szyi i utrudniał oddechanie. W wyciętym guzie napotkano na przekroju jądro kostne $2^1/_2$ ctm. długie, a miejscami 1 ctm. szerokie. Mikroskopowe badanie wykazało ciałka kostne i kanały Haversa. Jestto 4. przypadek kości we wolu znany w literaturze. Lücke podaje dwa, Förster jeden, Wölfler mimo bardzo licznych badań w tym kierunku nigdy kości nie zauważył. Prelegent zwraca przy sposobności uwagę na ucisk zasuwek na tchawicę i ztąd złe zazwyczaj oddechanie przy resekcyi wola, o czem przy operacyi podanego przypadku się przekonał.

IV. Dr. Gabryszewski z Krakowa: „Przypadek tętniaka tętnicy podkolanowéj".

Prelegent opowiada o przypadku tętniaka tętnicy podkolanowéj, po którego wyłuszczeniu wystąpiły objawy grożące wystąpieniem zgorzeli kończyny. Po ułożeniu kończyny ku górze i zastosowaniu mięsienia odśrodkowego objawy te ustąpiły w kilka godzin i krążenie prawidłowe powróciło.

V. Dr. Sawicki z Warszawy: „O operacyjnem leczeniu żylaków podudzia".

Prelegent leczył 14 przypadków żylaków podudzia, z których w celu porównania wyników leczenia wykonał w 7 podwiązanie naczyń, a w 7 wyłuszczenie żylaków. Z 7 przypadków, w których podwiązał naczynia według metody Trendelenburga, w 4 nastąpiło zupełne wyleczenie, 3 zostały nie uleczone. Są to przypadki operowane od roku, recydywa przeto jeszcze nie wykluczona. Z 7 przypadków wyłuszczenia (przed 2 laty i dawniéj) 6 wyleczonych radykalnie, 1 niewyleczony.

Z wyników tych wysnuwa prelegent wniosek, że wyłuszczenie — operacyja Madelunga — jest o wiele pewniejszym zabiegiem niż podwiązanie. Jednakże ponieważ wyłuszczenie jest operacyją cięższą, radzi Dr. S. w łagodnych przypadkach podwiązywać naczynia. W przypadkach, w których istnieje wrzód żylakowy, należy całe dno wrzodu wyciąć.

W dyskusyi Dr. Barącz przytacza przypadek z praktyki, w którym z powodu żylaków podudzia i towarzyszącego im wyprysku na skórze podwiązał *vena saphena magna.* Jakkolwiek wyprysk ustąpił, żylaki pozostały, wskutek czego następowo mowca był zmuszony resekować żyłę. — Z tego względu Dr. B. uważa za korzystniejsze robić wyłuszczenie względnie resekcyję.

Dr. Drobnik z Poznania zwraca uwagę na objaw Trendelenburga, ważny pod względem wyboru metody leczniczéj. Jeżeli przy podnoszeniu kończyny do góry za uciskiem *venae saphenae magnae* krew z żylaków ustąpi, ma to być dowodem, że krążenie oboczne w żyłach głębokich jest mocno rozwinięte, a w takich przypadkach podwiązanie *v. saphenae* jest wskazane. W przeciwnym przypadku podwiązanie nietylko nie jest skuteczne, lecz może być wręcz szkodliwe.

Dr. Sawicki podaje, że na objaw ten zawsze uważał i w wyborze metody leczenia nim się kierował. Nie wspominał tylko o tem z powodu krótkości czasu.

VI. Dr. Sawicki okazał metodę plastyki na twarzy za pomocą płatów wędrujących.

VII. Dr. Sawicki: „Przyczynek do nauki o przepuklinach mózgowych".

Prelegent operował dwukrotnie przepuklinę mózgową za pomocą podwiązania szypułki i przecięcia guza ponad ligaturą. Jedno dziecko 3 miesięczne z przepukliną na potylicy zostało uleczone, u drugiego po podwiązaniu i odcięciu przepukliny czołowéj wystąpiło wodogłowie i dziecko zmarło po 4 miesiącach podczas wypuszczania płynu. Badanie mózgu, który prelegent demonstrował, okazało: Rozszerzenie komórek mózgowych i otworów prawidłowych, istota mózgowa zanikła, asymetryja półkul sprowadzona zanikiem lewego płatu czołowego i ciemieniowego, zgrubienie opony miękkiéj wyścielającéj boczne komórki. Od dolnéj powierzchni płatów czołowych odchodzą dwa torbielowate guzy, z których jeden komunikował z wyciętą przepukliną. Badanie ścian tego guza wykazało *neuroglioma.*

Prelegent kończy swe wywody następującemi uwagami: Operacyja przepuklin mózgowych za pomocą poprzedniego podwiązania szypuły jest lepszą od wyłuszczenia guza. Pewna część przepuklin mózgowych (*hydrencephalocele*), uważanych za wypuklenie prawidłowéj tkanki mózgowéj, ma prawdopodobnie tło nowotworowe (*neuroglioma*). Przekłucia mózgu i wypuszczanie płynu wobec wrodzonego wodogłowia nie prowadzi do celu.

VIII. Dr. Barącz: „Plastyka błony śluzowéj jamy ust sposobem Obersta przy ubytkach tejże".

Ubytki błony śluzowéj jamy ust, sprowadzające zazwyczaj bliznowate skurczenie się policzka (szczękościsk mechaniczny), utrudniające w wysokim stopniu otwarcie ust, można pokryć w trojaki sposób: 1) płatami wziętemi ze skóry sąsiedniéj policzka lub szyi, odwróconemi powierzchnią skóry ku jamie ust (metody: Gussenbauera, Israela, Hahna, Kraskego), 2) za pomocą transplantacyi błony śluzowéj ludzkiéj z innych części ciała lub skóry żabiéj (Wölfler), albo wreszcie 3) sposobem Obersta. Najbardziéj racyjonalnym wydaje się prelegentowi sposób ostatni. Oberst poleca pokryć ubytek płatami wziętemi z błony śluzowéj sąsiedniéj, tj. z wargi dolnéj i górnéj. — W tym celu odpreparowuje się 2 płaty czworoboczne z obu warg o nasadzie zwróconéj ku górze i dołowi, przesuwa się je na środek ubytku i przymocowuje na miejscu za pomocą szwów z katgutu. Pozostałe części ubytku niepokryte goją się przez granulacyję. Warunkiem możności zastosowania téj metody jest utrzymanie skóry policzka; najwięcéj nadaje się też ona wobec ubytków po wyłuszczeniu nowotworów jamy ust. Skóra nigdy nie jest w stanie zastąpić ubytek błony śluzowéj, tak jak błona śluzowa sąsiednia. Prelegent wykonał tę operacyję plastyczną u młodéj kobiety dotkniętéj rozległym nowotworem mięsakowym policzka (*sarcoma buccae*). Po wyłuszczeniu nowotworu powstał znaczny ubytek błony śluzowéj policzka, który Dr. B. pokrył sposobem Obersta; wynik jest bardzo dobry, gdyż chora rozwierać może dość szeroko usta, jak o tem świadczyły okazane przez prelegenta fotografije.

IX. Dr. Barącz okazuje fotografije 2 ciężkich przypadków *fibroma molluscum.* Jeden z tych przypadków jest z tego względu ciekawym, że największe zmiany chorobowe przedstawia twarz i skóra głowy. Operacyje plastyczne 2-krotnie przedsiębrane (prelegent i Dr. Muszkiet) odniosły tylko częściowy wynik, gdyż skóra głowy ma dążność do przerostu i zwiotczenia.

X. Dr. Klecki demonstrował dziewczynę 20-letnią okazującą typowe charakterystyczne objawy *atrophia musculorum lipomatosa.*

XI. Dr. Steuermark, lekarz pułkowy z Kołomyi: „Przypadek operacyi *anus praeternaturalis* nowym sposobem plastycznym za pomocą szwu poprzecznego".

Dwa i pół roku temu operował prelegent w szpitalu powszechnym w Stanisławowie u prymaryjusza tegoż szpi-

tala Dra Konkolniaka, mężczyznę 55-letniego. Chory ten udawał się do Stanisławowa po poradę z uwięźniętą przepukliną pachwinową prawą, w drodze został przytrzymany przez wiejską lekarkę, która w mniemaniu, że ma do czynienia z ropniem, przecięła mu cały guz, z którego wydobywał się kał, a w następstwie pozostała sztuczna rzyć. Dr. S. operował tego człowieka w styczniu roku 1890 w sposób następujący: po wykonaniu laparatomii odpreparował od wewnątrz wrośniętą kiszkę, a wtedy okazało się się, że był to poprzednio uwięźnięty uchyłek Meckela, okroił i oczyścił brzegi rany, przez co powstał ubytek w świetle jelita, $^2/_3$ części całego obwodu wynoszący, a oba odcinki kiszki połączone były ze sobą tylko wąskim paskiem; aby ominąć resekcyję, a przez to prędzéj operacyję skończyć wobec osłabienia chorego, zeszył prelegent ranę w sposób jaki praktykował Heineke i Mikulicz po podłużnem przecięciu zwężonego odźwiernika, t. j. zeszył poprzecznie do osi jelita. Przez to najpierw ominął resekcyję, jako zabieg znaczniejszy, a następnie nietylko nie było potem zwężenia, lecz przeciwnie prawie wrzecionowate rozszerzenie kiszki w tem miejscu. Chory ten wyzdrowiał i uleczony opuścił szpital. Prelegent dodaje, że w podobny sposób zeszył ubytek w jelicie przy obumarciu tegoż z powodu uwięźniętéj przepukliny w parę miesięcy późniéj także z bardzo pomyślnym wynikiem.

Przypadek ten dlatego Dr. S. opisał, że nikt przed nim w ten sposób *anus praeternaturalis* nie operował, a dopiero przed kilku miesięcami, a więc dwa lata późniéj ogłoszone zostały przypadki podobnego szwu z kliniki Billrotha (w jednym z grudniowych zeszytów „*Wiener klinische Wschrft*"), i to tylko wobec ran postrzałowych kiszek.

W dyskusyi Dr. Oderfeld z Warszawy nadmienia, że na oddziele Dra Matlakowskiego w Warszawie w tym roku wykonano podobny szew kiszki na zgorzelinowéj kiszce, na co prelegent odpowiada, że ponieważ sam operacyję tę wykonał dwa lata przedtem, przeto rezerwuje sobie prawo do pierwszeństwa.

XII. Dr. Dembowski z Wilna: „Przypadek błędu rozwojowego organów płciowych u dziewczyny".

Prelegent opisuje następujący przypadek spostrzegany przez siebie. Dziewczyna 19-letnia dotąd jeszcze nie miała miesiączki, natomiast od 16 roku życia występują co 4 tygodnie *molimina menstr.* w postaci bolów w okolicy podbrzusza. Pacyjentka miała wejrzenie dobrze rozwiniętéj odpowiedniego wieku dziewczyny a badanie wewnętrzne okazało *atresia vaginae completa*, przez odbytnicę zaś wyczuć można było guz wielkości jaja gęsiego. Operacyja (laparatomija) wykazała brak narządów płciowych, które ograniczały się tylko do jajnika, a ów guz wyczuć się dający przez odbytnicę był nerką.

W drugim przypadku *atresia vaginae*, który prelegent opisuje, wykonał plastykę, za pomocą któréj wytworzył sztuczną pochwę.

XIII. Dr. Dembowski okazał przyrząd ekstenzyjny własnego pomysłu do leczenia złamań ramienia.

XIV. Dr. Drobnik z Poznania: „Kilka słów o symetrycznéj grużlicy kości".

Dr. D. zanotował w praktyce swéj zaledwie dwa przypadki symetrycznéj grużlicy kości, która też występuje bardzo rzadko. W obu przypadkach cierpienie usadowione w kościach długich, raz w kościach sprychowych obu przedramion, w drugim przypadku w kościach wszystkich czterech kończyn. Prelegent przypuszcza, że nie jestto rzecz czysto przypadkowa i że gdyby się uważnie zebrało wszystkie przypadki symetrycznéj grużlicy, może udałoby się odnaleść przyczynę takiego wystąpienia cierpienia, a nawet mogłoby się to przyczynić do wyjaśnienia w ogóle patogenezy grużlicy.

XV. Dr. Steuermark z Kołomyi: „Przypadek rany postrzałowéj mózgu pociskiem z broni Manlichera".

Landwerzysta zadał sobie ranę strzałem pod brodę, pocisk wyszedł sklepieniem czaszki, raniąc język, podstawę czaszki, płat mózgu prawy i rozerwawszy formalnie szwy kości czaszkowych, które były zupełnie ruchome. Ranę mózgu wytamponowano gazą jodoformową, z powodu niepokoju chorego przy zupełnéj przytomności tegoż koniecznem było częste zmienianie opatrunku, przyczem zawsze wychodziły masy mózgowe i cząstki kości. Ranny ten opuścił szpital po 3 miesiącach uleczony, pozostało tylko wielościenne zniekształcenie czaszki, oślepnięcie oka prawego (*n. opticus* przedarty), a funkcyje umysłowe i motoryczne oraz czuciowe w całem ciele były prawidłowe.

Podobne przypadki ogłosił prof. Glück w *Berl. kl. Wschrft.*, które operował u oficerów bułgarskich z powodu ropni w płatach po ranach postrzałowych mózgu.

Po wyczerpaniu się obfitego materyjału przewodniczący w krótkich a gorących słowach podziękował uczestnikom Zjazdu za pouczające odczyty i dyskusyje, za gorliwy udział w obradach Zjazdu i z wyrazami „do miłego widzenia" zamknął IV Zjazd chirurgów polskich.

Dr. Adolf Beck.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 września. Pisma polityczne i lekarskie wszystkich krajów w ostatnich czasach są zapełnione sprawozdaniami o cholerze. I rzecz naturalna: żadna dawniejsza epidemija cholery nie szerzyła się równocześnie tyloma szlakami co tegoroczna. Nie dziwna też, że pojawienie się cholery w Europie tym razem wywołało prawdziwy popłoch, który tylko tem się tłomaczy, że po odkryciu przyczyny choroby przez Kocha i po nader licznych pracach, ogłoszonych w ostatnich latach, a opartych na spostrzeżeniach i badaniach klinicznych, zdawało się, że zaraza, jeżeli nie zgaśnie, to przynajmniéj złagodnieje, a w każdym razie, jeżeli nie ma środka leczniczego niezawodzącego, to przynajmniéj oparta na znajomości przyczyny i postępie higijeny ludzkość potrafi zapobiedz gwałtownemu szerzeniu się téj plagi naszego wieku, a w każdym razie złagodzić jéj zapędy. Spuszczono atoli z uwagi, że znajomość przyczyn choroby jeszcze nie jest identyczną z jéj leczeniem, i że higijena znaczy wprawdzie bardzo wiele, ale tylko wtedy, jeżeli się nie lekceważy i nie zaniedbuje jéj przepisów i wskazówek. A pokazało się, że obecny wybuch zarazy zastał ludzkość całkiem nieprzygotowaną, pokazało się co więcéj, że w Europie pomimo wychwalanéj cywilizacyi nietylko nie przygotowano się na przyjęcie groźnego wroga, ale nadto, czego nawet w dawniejszych epidemijach nie było, tu i ówdzie przesąd, zabobon i ciemnota szukały przyczyn nieszczęścia tam, zkąd jedynéj pomocy spodziewać się wypadało, to jest u lekarzy, którzy z zupełnem zaparciem się samych siebie stanęli na wezwanie do walki z nieprzyjacielem. Smutne i przerażające sceny, jakie się odgrywały w wielu miastach Rosyi nad Wołgą i Donem mimowolnie nasuwają porównanie ze stanem rzeczy we Francyi podczas ostatniéj wielkiéj wojny: podczas gdy rozpoczęto wojnę z wojskami niedostatecznemi co do liczby, podczas gdy fortece niedostatecznie były zaopatrywane, posądzono dowódzców o zdradę; zaledwie ciężkiemi ofiarami uwolniono stolicę od opasującéj ją obręczy żelaznéj, zaczęto burzyć własne pamiątki, własne mienie, mordować własnych braci. Niemniéj smutny obraz przedstawia zdziwionemu światu największe po Berlinie miasto wielkiego cesarstwa niemieckiego, bogaty Hamburg, który w téj chwili stanowi największe gniazdo zarazy. Wpuszczono zarazę, obecność jéj uznano za stosowne taić przez kilkanaście dni, zaniedbywano wszelkich przygotowań koło umieszczenia licznych chorych i chowania zmarłych, władza lekarska okazała się niedołężną, tak że podczas gdy zaraza doszła do szczytu swego musiano usunąć naczelnika téj władzy. I to wszystko dzieje się w państwie chełpiącem się swoją bogobojnością, wielkością, zamożnością i zmysłem porządku. Słusznie Virchow wracający z Rosyi podnosi dzielność gubernatora niżno-nowogrodzkiego, który drakońską co prawda proklamacyją zaprowadził porządek, zagrożony przez pospólstwo ciemne a z przemówienia wielkiego badacza niemieckiego wyrozumieć można, iż

Rosyi zazdrości prawie Baranowa. Nauczony klęską Hamburga rząd pruski dość energicznie wziął się do zabezpieczenia stolicy państwa, to też pomimo blizkości Hamburga i żywego ruchu dotychczas zaraza w Berlinie występuje bardzo łagodnie. — Zawczasu rząd austryjacki przedsięwziął środki ostrożności a dzięki sprężystości Namiestnika w Galicyi kraj nasz najwięcéj eksponowany dotychczas cieszy się względnie dobrym stanem zdrowia a wogóle cała monarchija austro-węgierska pomimo niepokojących wieści, od czasu do czasu występujących, do dziś dnia jest wolną od zarazy. Bodajby tylko kraj nasz i nadal miał się na baczności, pomny słów ś. p. Dietla: „Bójcie się cholery, ale tylko wtenczas, gdy głosu jéj ostrzegającego nie usłuchacie“.

* Kolega prymaryjusz Dr. Bogdanik z Biały donosi nam, że w mieście tem mógłby się dobrze pomieścić dentysta, będący Drem medycyny a władający językiem niemieckim, oraz że w miasteczku Skoczowie (Skotschau) na Szlązku (pomiędzy Bielskiem a Cieszynem) mógłby osiąść lekarz polski.

* W Szczawnicy do d. 31 sierpnia było gości 2884, w Pyszczanach do 6 września 3344.

* W tygodniu 35-ym (od 28 sierpnia do 3 września) było w Krakowie małżeństw 12, urodzeń 59, skonów 39, z tych z grużlicy 6, z czerwonki 4, z nieżytu żołądka i jelit 4, z zapalenia płuc 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Nadzw. prof. wiedeński Dr. Karol baron Rokitansky mianowany został zwyczajnym profesorem ginekologii i położnictwa w Grazu; docent wiedeński Dr. Karol Foltanek nadzw. profesorem pedyjatryi w Insbruku, docent Dr. Fleiner nadzw. profesorem medycyny wewnętrznéj w Heidelbergu, docent w Budapeszcie Dr. Dyonizy Szabo zwyczajnym prof. ginekologii i akuszeryi w Klausenburgu, docent w Lipsku Dr. E. Lesser nadzw. prof. dematologii w Bernie szwajcarskiem, a docent wiedeński i asystent prof. Hofmanna Dr. Paweł Dittrich nadzw. prof. med. sądowéj w Insbruku.

* **Zmarli:** we Wiedniu b. profesor ginekologii Dr. Ludwik Bandl, urodzony 1 listopada 1842 r., w r. 1867 uzyskał we Wiedniu stopień doktora, habilitował się tamże w r. 1875, mianowany tamże profesorem nadzw. w r. 1880, następnie profesorem zwycz. w Pradze, zaszczytnie znany z prac swoich i biegły operator, cieszący się w stolicy państwa rozległą praktyką, przeniosłszy się do Pragi popadł w chorobę umysłową tak, że nie mógł rozpocząć wykładów, wskutek tego złożył profesurę i wrócił do Wiednia. — Tamże umarł radzca dworu i lekarz przyboczny Arcyksiążąt Dr. Standhartner, prymaryjusz w szpitalu powszechnym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

L. 2717.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Cieszanowie ogłasza niniejszem na mocy §. 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891 (Nr. 17 dz. u. kr.) tudzież na podstawie postanowienia Wys. Wydziału krajowego z dnia 9 sierpnia 1892 l. 38,180, wydanego w porozumieniu z Wysokiem c. k. Namiestnictwem konkurs celem obsadzenia posady okręgowego lekarza w gminach Brusno nowe, Brusno stare, Chlewiska, Deutsefbach, Hużanieska, Huta stara, Kadłubiska, Lipsko, Lukowica, Narol miasto, Narol wieś, Nowiny horynieckie, Płaszów, Ruda różaniecka, Rudka, Wola wielka, z siedzibą w Narolu mieście z roczną płacą 600 złr. w. a. i ryczałtem rocznym na koszta podróży służbowych w kwocie 336 złr. w. a. — Chcący uzyskać tę posadę muszą prócz dostateczněj fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryjackiego.
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiéj.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość języków krajowych.
5) Praktykę najmniéj dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim. Prócz obowiązków lekarza okręgowego, określonych bliżéj w instrukcyi wydanéj na zasadzie §. 14 powyż powołanéj ustawy przez Wys. c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wys. Wydziałem krajowym a umieszczonéj w Nrze 82 d. u. kr. z. p. 1891 spoczywa także na lekarzu okręgowym obowiązek utrzymywania apteki domowéj.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najpóźniéj do 10 października 1892. 108—3—1

Z Wydziału Rady powiatowéj

Cieszanów 6 września 1892. *Gnoiński*, prezes.

KONKURS

Magistrat m. Bełza rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego z płacą o rocznych 500 złr. w. a. z kasy miejskiéj tutejszéj płacić się mającą. Obowiązki lekarza miejskiego określa instrukcyja służbowa dla lekarzy miejskich, wydana przez c. k. Namiestnictwo za porozumieniem z Wydziałem krajowym na zasadzie §. 14 ust. kraj. Nr. 17 z r. 1891.

Ubiegający się o tę posadę muszą prócz dostatecznéj fizycznéj zdolności posiadać warunki §. 7 powołanéj ustawy przepisane, a podania w sposób tam wskazany udokumentowane wnieść do tutejszego Magistratu najpóźniej do dnia 1 października 1892.

Bełz, dnia 19 sierpnia 1892 roku.

105—3—3 *A. Miłkowski.*

Ogłoszenie.

Magistrat miasta Przemyśla potrzebował będzie w razie wybuchu cholery w mieście, dwóch ewentualnie większéj liczby lekarzy, względnie doktorandów medycyny do udzielania pomocy chorym umieszczonym w epidemicznym szpitalu barakowym.

Pp. lekarze ewentualnie doktorandzi medycyny, reflektujący na powyższe posady zechcą po bliższe wyjaśnienie udać się do biura sanitarnego miejskiego w Przemyślu.

Magistrat miasta Przemyśla, 6 września 1892.

107—3—2 *Doliński.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 24 Września 1892. Nr. 39.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra M. Madurowicza w Krakowie.

Włókniaki macicy i ciąża.

Przypadek wyłuszczenia włókniaków z następnem poronieniem i wyleczeniem

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

II-gi asystent kliniki.

Kobiety dotknięte włókniakami macicy zastępują rzadko. Przyczyną téj niepłodności są niewątpliwie w przeważnéj ilości przypadków zmiany błony śluzowéj macicy, polegające na nieżycie i przeroście (*endometritis fungosa*), które to zmiany wywołują objaw tak często towarzyszący włókniakom — krwotoki. Nie we wszystkich jednak postaciach włókniaków macicy błona śluzowa jest w tym samym stopniu zmieniona; im bliżéj błony śluzowéj rozwija się włókniak, tem zmiany wyraźniejsze, tem krwotoki częstsze i obfitsze, tem ciąża rzadszą. W przypadkach atoli włókniaków podsurowiczych, zwłaszcza uszypułowanych, błona śluzowa macicy może nie okazywać zmian, krwawienia miesięczne mogą się odbywać pod każdym względem prawidłowo, a więc i zapłodnienie może łatwiéj nastąpić. Niepłodność zaś jest nadzwyczaj korzystnym objawem włókników macicy i śmiało rzec można, że niepłodności wiele kobiet, dotkniętych włókniakami, zawdzięcza życie. „*Ce n'est donc pas impunément qu'une femme atteinte de fibrome devient enceinte*“ mówi Routier[1]), a statystyka dowodzi, że ma słuszność.

Ciąża jest bardzo groźnem powikłaniem włókniaków macicy i w nader wielu przypadkach wywołuje śmierć matki i dziecka. Według Pozziego ginie 53% matek a 66% dzieci, według Meyera[1]) więcéj niż połowa matek i dzieci jest stracona.

Gusserow[2]) zebrał w literaturze 228 przypadków, z których 52·9% skończyło się śmiercią matek, 57·2% śmiercią dzieci. Statystyka Stratza[3]), wprawdzie skąpa, daje co do matek te same mniéj lub więcéj liczby. Uwzględniając te cyfry, mamy prawo powiedzieć, że włókniaki są jedną z najcięższych komplikacyj ciąży i porodu, cięższą od drgawek porodowych i łożyska poprzedzającego.

Zachodzi pytanie, co jest przyczyną téj tak wielkiéj śmiertelności matek i dzieci? jaki jest los kobiety ciężarnéj dotkniętéj włókniakami?

Zanim odpowiemy na te pytania, musimy naprzód rozważyć, jaki wpływ ma ciąża na wzrost włókniaków i odwrotnie, jaki wpływ wywierają włókniaki macicy na przebieg ciąży. Co do pierwszego wszyscy autorowie zgadzają się na to, że włókniaki podczas ciąży szybciéj rosną: naturalnie nie wszystkie i nie zawsze jednakowo szybko Znane bowiem są przypadki włókniaków podsurowiczych, uszypułowanych i słabo unaczynionych, na których wprost nie miała ciąża wyraźnego wpływu, te stanowią jednak wyjątki. Ten szybki wzrost, który jest niewątpliwie następstwem wzmocnionego krążenia, jest powodem tego, że objawy uciskowe występują rychléj, niż w przypadkach włókniaków nie powikłanych ciążą. Rzecz jasna, że szybkość, z jaką występują objawy uciskowe zwłaszcza ze strony pęcherza i kiszki stolcowéj, te same, które towarzyszą uwięźnięciu tyłozgiętéj ciężarnéj macicy, zawisła jest od usadowienia włókniaków. Guzy rozwijające się w miednicy małéj, poza macicą (*fibromyomata retrocervicalia*) są pod tym względem najgroźniejsze.

[1]) Routier: *Fibrome utérin et grossesse etc. Annales de gynécologie*, Mars, 1890.

[1]) *Centralbltt f. Gyn.* XII, 1888, Nr. 44, p. 723. — [2]) *Die Neubildungen des Uterus*, 1886. — [3]) *Ueber die Komplikation von Tumoren mit Graviditāt. Zeitschr. f. Geb. und Gynaek.* X. S. 276.

Przechodząc do kwestyi jaki wpływ wywierają włókniaki na przebieg ciąży, musimy również zaznaczyć, że zależy to przedewszystkiem od umiejscowienia i jakości włókniaka. Guzy podsurowicze, uszypułowane podnoszą się w miarę wzrostu macicy ku górze i często w niczem nie zakłócają przebiegu ciąży. Nowotwory podsurowicze szeroko osadzone mogą czasem również zachowywać się obojętnie w innych przypadkach przez swój szybki wzrost stają się powodem poronienia; doszedłszy do pewnych rozmiarów, zajmują w jamie brzusznéj tyle miejsca, że macica swobodnie nie może się rozwijać. Włókniaki śródmiąższowe, rozsiane gęsto w miąższu macicy, wywołują często poronienie nawet wtenczas, kiedy nie doszły do zbyt wielkich rozmiarów. W tych przypadkach miąższ macicy, przerosły tkanką nowotworową, stracił własność rozwijania się i przerostu, równomiernego ze wzrostem jaja i dlatego ciąża nie może się utrzymać. W końcu i zmiany na błonie śluzowéj, o których była mowa, przyczyniają się ze swéj strony do poronienia przez t. zw. *endometritis decidualis*, krwotoki między błony, a co za tem idzie przez obumarcie płodu.

Według zestawienia Naussa[1]) w 241 przypadkach ciąży powikłanéj włókniakami, wystąpiło poronienie w 47 przypadkach, co daje pokaźny procent 19·5. Według Lefoura[2]) procent ten jest mniejszy i wynosi 12·7.

Poronienie w tych przypadkach miewa często przebieg bardzo niekorzystny. Macica przerosła włókniakami, niezdolna do rozwijania się, straciła również zdolność kurczenia się należytego. Ztąd podczas poronienia krwotoki często groźne, czasem śmiertelne. Rękoczyny, mające na celu wydobycie jaja, błon lub łożyska, niezbędne z powodu groźnych krwotoków, stają się źródłem zakażeń, a czasem i śmiertelnéj posocznicy. W końcu znane są przypadki, w których z powodu bezwzględnego ścieśnienia, wywołanego rozrostem włókniaka w miednicy małéj, nawet mały płód nie mógł się urodzić drogami naturalnemi, przypadki, w których niezbędne było cięcie cesarskie[3]).

Jeżeli ciąża nie została przerwana, wtenczas z chwilą porodu rozpoczynają się nowe niebezpieczeństwa. W przypadkach włókniaków uszypułowanych, podsurowiczych, poród może przebiegać zupełnie prawidłowo i nie różni się niczem od porodu w zwykłych warunkach. Często jednak przebieg porodu jest ciężki i groźny. Przedewszystkiem mogą włókniaki stanowić mechaniczną przeszkodę i wywołać niestosunek porodowy. Czynią to przedewszystkiem guzy, które się rozwinęły w miednicy małéj (*f. retrocervicalia*) lub uwięzły w jamie Douglasa. Niestosunek ten, który się często nie daje usunąć przez odprowadzenie guza, bywa czasem absolutnym i daje wskazania do najcięższych zabiegów położniczych. Jeżeli niema niestosunku, wtenczas, jak wykazuje statystyka, przebieg porodu nie zawsze bywa prawidłowy. Te same zmiany w miąższu macicy, o których wspominaliśmy mówiąc o poronieniu, zmiany wywołane przez to, że rozsiane włókniaki przerastają ściany macicy, stają się i podczas porodu źródłem rozlicznych niebezpieczeństw, więc tak jak w poronieniu krwotoków i zakażenia, a nadto nieprawidłowego położenia płodu (poprzeczne), słabych bólów itd. Nic więc dziwnego, że i w przypadkach, gdzie nie ma niestosunku porodowego, procent operacyi położniczych, często ciężkich, jest znaczny. Niebezpieczeństwo porodu wykazuje najlepiéj statystyka Süsserotta[1]). W 147 przypadkach, które zebrał, potrzebna była operacyja kleszczowa 20 razy, obrót 20 razy, ręczne wydobycie łożyska 21 razy. W 20 przypadkach operacyj kleszczowych uratowano tylko 12 matek i 7 dzieci; po 20 obrotach umarło 12 matek i 17 dzieci; w 21 przypadkach wydobycia łożyska tylko 8 matek uszło śmierci. Być może, że dziś wyniki pooperacyjne, dzięki antiseptyce, są lepsze, statystyka Süsserotta jednak bądź co bądź dowodzi, że operacyje położnicze w przypadkach włókniaków są bardzo częste i niezwykle niebezpieczne. Jeszcze gorsze, nawet znacznie gorsze, wyniki daje cięcie cesarskie. Pozzi cytuje statystykę Sängera (43 przyp.), z któréj wynika, że śmiertelność po cięciu cesarskiem wynosi 83·7%. W nowszych czasach Gördes[2]) ogłosił przypadek zakończony pomyślnie cięciem cesarskiem w klinice Martina, Tuffier[3]) zaś opisuje bardzo ciekawy przypadek zakończony śmiercią. Z powyższego zestawienia wynika, że wpływ włókniaków macicy na poród jest w znacznéj ilości przypadków niekorzystny.

Pozostaje połóg. W połogu, podobnie jak w ciąży, możemy mówić o wpływie wzajemnym nowotworów na przebieg połogu, i połogu na rozwój włókniaków.

Że połóg w wielu przypadkach nie jest wcale zakłóconym, to nie ulega wątpliwości, że w innych przypadkach przebiega niekorzystnie a przynajmniéj nieprawidłowo, to wynika już z tego, co podano, mówiąc o porodzie. Tak zakażenie, jak i niedokrewność ostra, nabyta podczas porodu, nie mogą pozostać bez wpływu na przebieg połogu. Ciekawe spostrzeżenia, tyczące się téj sprawy podaje Meyer[4]). — Wpływ połogu na rozwój włókniaków jest bardzo wybitny; wpływ ten jest dwojaki: korzystny lub niekorzystny. Wpływ korzystny polega na tem, że włókniaki, które w czasie ciąży brały udział w ogólnym przeroście części rodnych i korzystały niejako z niezwykle dobrych warunków odżywienia, t. j. ze zwiększonego dopływu krwi, teraz ulegają podobnie jak części rodne inwolucyi i zmniejszają się. Fakt ten potwierdzają spostrzeżenia licznych autorów. Felsenreich[5]) opisuje dwa przypadki, w których po porodzie, odbytym na czasie włókniaki uległy bardzo wybitnéj inwolucyi, i trzeci, w którym to zmniejszenie się nie było znaczne, ale w każdym razie wybitne, w końcu czwarty przypadek, w którym po przedwczesnym porodzie włókniaki mało co się zmniejszyły. W przypadku Gördesa[6]) włókniak zmniejszył się również znacznie.

Wpływ niekorzystny polega na tem, że włókniaki obumierają, ulegają rozkładowi i wywołują śmiertelne zakażenie. W jednym z przypadków opisanych przez Mayera[7]) nastąpiło po porodzie (w 9 m. ciąży) obumarcie włókniaka i śmierć z powodu zakażenia; w drugim przypadku cytowanym przez tegoż autora nekroza guza śródmiąższowego stała się również przyczyną śmierci z posocznicy; w trzecim przypadku wyłuszczono obumarły nowotwór, nie uratowano jednak kobiety od śmierci.

[1]) Nauss: *Dissert. inaug.* Halle, 1882, cyt. z Pozziego. — [2]) Lefour: *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse.* Paris 1880. — [3]) Langner: *Die Myomotomie am schwangeren Uterus. Brl. kl. Wschr.* 1886, Nr. 29.

[1]) *Diss. inaug.* Rostock, 1870 według Pozziego. — [2]) *Zeitschr. f. Geb. und Gynaek.* XX, 1890, p. 100. — [3]) *Annales de Gynécologie,* Novembre 1889. — [4]) l. c. — [5]) *Centrbl. f. Gynaek.*, XIII, 1889, Nr. 35, p. 620. — [6]) l. c. — [7]) l. c.

Zestawiwszy w ten sposób, chociaż pobieżnie, niebezpieczeństwa grożące kobiecie ciężarnej, dotkniętéj włókniakami macicy i wykazawszy w główuych zarysach wpływ włókniaków na przebieg ciąży, porodu i połogu, przechodzimy do sprawy najważniejszéj: do leczenia w czasie ciąży. Rozpoznawszy włókniaki macicy ciężarnéj wiemy, że mamy do czynienia z cierpieniem ciężkiem, którego ofiarą pada więcéj niż 50% chorych. W przypadkach nie położniczych, wobec choroby tak groźnéj byłoby usprawiedliwione leczenie najradykalniejsze operacyjne, byleby ono tylko wykazywało niezłe wyniki. Inaczéj w przypadkach włókniaków macicy ciężarnéj. Leczenie radykalne w ciąży, polegające na wycięciu macicy ciężarnéj, poświęca dziecko i pozbawia matkę płodności. Pomimo to zabieg nawet tak radykalny byłby usprawiedliwiony, gdybyśmy byli pewni, że tylko za taką cenę życie matki da się uratować. Wszak w przypadku raka macicy ciężarnéj, który zostawiony sam sobie musi stać się przyczyną śmierci matki, poświęcenie życia dziecka i płodności matki nie jest ofiarą zbyt wielką, bo się ofiarą tą okupuje życie matki. Wobec przypadku ciąży powikłanéj włókniakami nasuwa się mimowoli myśl, czy dany przypadek nie należy do tych szczęśliwych i bynajmniéj nie wyjątkowych, w których ciąża, poród i połóg pomimo włókniaków przebiegać będą prawidłowo, w których włókniaki zanikną w połogu i przez długi szereg lat stanowić będą niewinną i niedolegliwą zmianę anatomiczną macicy. Zważywszy więc, że dany przypadek może zakończyć się najpomyślniéj dla matki i dziecka, zważywszy nadto, że rękoczyn jakikolwiek, przedsięwzięty w ciąży, narazić może i matkę i płód — nabierzemy przekonania, że leczenie powinno być, ile możności, wyczekujące.

Zapatrywanie to, powszechnie przyjęte, wygłasza Th. Landau[1]) w następujący sposób: „*Ein Myom, welches in oder auf einem schwangeren Uterus sitzt, erfordert an sich noch kein ärzliches Einschreiten. Und sein Vorhandensein rechtfertigt nur ein sorgfältiges Beobachten des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufes. Das gilt gleichmässig für alle gutartigen Geschwülste der Gebärmutter, welchen Bau, welche Form und welchen Sitz sie auch immer haben mögen*“. (C. d. n.)

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

Z 29 chorych na zapalenie opon gruźlicze dzieci zabrano 2-je do domu (Przypadek 13 i 14). U jednego z tychże cierpiącego zresztą na gruźlicę ogólną rozpoczynał się właśnie okres ucisku, u drugiego nie mogliśmy wprawdzie wybadać innych zmian gruźliczych w reszcie narządów, natomiast mogliśmy na podstawie powolnego rozwijania się choroby i występowania objawów podstawowych rozpoznać z największem prawdopodobieństwem zapalenie opon gruźlicze, chorą tę zabrano w okresie 1-szym t. j. podrażnienia.

Z pozostałych 27-miu przypadków nie wykonano sekcyi tylko w przypadku 1-szym (przyp. 12); rozpoznanie nie ulegało jednak najmniejszéj wątpliwości. W trzech zaś przypadkach (Przypadek 7, 20, 27) nie wykazała sekcyja zapalenia opon gruźliczego ani nawet innéj postaci zapalenia czy to opon czy mózgu, podczas gdy objawy kliniczne najzupełniéj do podobnego rozpoznania uprawniały, jak to z podanych poniżéj historyj chorób przekonać się można. We wszystkich tych 3 przypadkach jednakowoż stwierdzono przy sekcyi bardzo znaczne obrzęki gruczołów oskrzelowych i zserowacenie ich, nacieki gruźlicze w płucach i następną gruźlicę prosówkową ogólną. W przypadku 27-ym znaleziono nawet znaczniejszą ilość cieczy surowiczéj mętnéj w przestworach podpajęczych, w 20-ym rozpoznane też za życia gruzełki na naczyniówce. Dlatego też wobec tych wyników sekcyi, a przebiegu klinicznego, rozpoznania naszego nie cofnęliśmy i przypadki te trzy zaciągnęliśmy między przypadki zapalenia opon mózgowych gruźlicze, tłumacząc sobie ujemne wyniki sekcyi tem, iż chorzy ci nie zmarli ze zapalenia opon, które nie miało jeszcze czasu należycie się rozwinąć, lecz z gruźlicy ogólnéj wyczerpującéj wcześniéj jeszcze siły; erupcyja gruzełków jednak już nastąpić musiała, a jeżeli nie było ich przynajmniéj w liczbie znaczniejszéj na oponach podstawy, to mogły być na splotach naczyniowych w komórkach i łatwo uszły uwadze.

W czterech przypadkach wykazała sekcyja guzy gruźlicze odosobnione w mózgu, a mianowicie w przypadku 5-ym kilka w korze półkuli prawéj mózgu i w korze powierzchni lewéj połowy móżdżku; w przypadku 9-ym jeden guz na ścianie dna rogu tylnego komórki lewéj wielkości orzecha laskowego, w przypadku 22-gim jeden guz na wewnętrznéj powierzchni *fissurae maximae* w pobliżu wolnego brzegu górnego półkuli lewéj w połowie jéj długości zajmujący tylko korę, a kilka innych mniejszych w samym środku spoidła wielkiego, w przypadku zaś 26-tym miejscami w saméj istocie korowéj półkól guzki żółtawe serowate.

Gruźlicę opony miękkiéj bez zmian zapalnych stwierdziła sekcyja w przypadku 21-ym a mianowicie grupę kilkunastu gruzełków prosówkowych na dolnéj powierzchni lewego płatu czołowego. W przypadku 24-ym brakło wypociny a zastaliśmy tylko obok świeżych gruzełków zmętnienie i zgrubienie opon, świadczące o sprawie zapalnéj nieco starszéj. W przypadku 3-cim ograniczyła się erupcyja gruzełków jakoteż i następowe zapalenie opony tylko do okolicy odpowiadającéj górnéj powierzchni robaka (*Vermis*). Jedynie tylko w przypadku 8 ym nakoniec spostrzegliśmy także i gruzełki na oponach rdzeniowych i następowe ich zapalenie.

Zwróćmy się teraz do objawów klinicznych towarzyszących zapaleniu opon mózgowych i zauważmy, czy i jakie są stałe w każdym przypadku się powtarzające, jakie są tylko częstemi, jaki zachodzi stosunek częstości i od czego on zależy. Rozpocznijmy od objawów zauważanych w początku choroby, t. j. w okresie zadrażnienia, do których to objawów należy ból głowy, zmiana usposobienia, utrata humoru, zatem objawy podmiotowe. O objawach tych z tego powodu nic orzec nie możemy, że największa część dzieci oddaną została do szpitala już w okresie późniejszym, w którym inne górowały objawy, a rodzice chorych dzieci w przeważnéj liczbie

[1]) Th. Landau: *Zur Behandluug der durch Myome komplicirten Schwangerschaft und Geburt. Samml. klin. Vortr.* 1891 Nr 26.

tak byli umysłowo ograniczeni, iż na pytania w téj mierze poczynione żadnéj nie mogli dać odpowiedzi. Dzieci zaś oddane do zakładu wcześniéj po największéj części wskutek innéj jakiéj ciężkiéj choroby, u których to zapalenie opon mózgowych gruźlicze było tylko zakończeniem często całego szeregu cierpień, jeżeli nawet żaliły się na ból głowy, bywały kapryśne, rozgrymaszone, odurzone, to miały według naszego pierwotnego rozpoznania dość ku temu powodu, ażeby objawy te zaraz miały uwagę naszą na się zwrócić. (N. P. przypadek 4, 13, 15, 18). Tylko w bardzo nielicznych przypadkach dowiedzieliśmy się czegoś o tych objawach początkowych, a mianowicie wyszczególnili rodzice ospałość niezwykłą (przyp. 6, 9), posępność (6, 26), zbyt prędkie znużenie umysłowe i fizyczne w niestosunku do stanu poprzedzającego (przyp. 6), targanie włosów, zgrzytanie zębami we śnie, kąsanie siebie i otoczenia (przyp. 8), wykrzykiwania w nocy i przebudzanie się z przestrachem (przyp. 24). U dzieci zaś, u których choroba dopiero podczas pobytu ich w szpitalu się wywiązała, zauważaliśmy apatyję (przyp. 9, 13, 20) płaczliwość i chwilowe ogłupianie (16) ospałość (20) wykrzykiwania (26 i 29), złośliwość, któréj przedtem u tego dziecka nie zauważaliśmy (13). Ból głowy jest jednym z najstalszych objawów w tym okresie, potęguje on się z każdym dniem, jest najsilniejszym w okresie drugim, a ustaje dopiero w okresie porażennym. Dzieci starsze żalą się same, lokalizują go więcej w okolicy czołowéj niż potylicy, podają go jako ból tępy przy każdym ruchu się wzmagający, niedozwalający im niczem się zająć i instynktowo szukają cichego i ciemnego kąta, ażeby się tam położyć. Dzieci młodsze chwytają się rękami za włosy, za uszy, wsadzają palec do ust, glaszczą się automatycznie, ocierają potylicę o poduszki, marszczą czoło podnosząc brwi do góry i płaczą przeciągle. Zmarszczenie to czoła w linii poprzecznéj uważaliśmy zawsze w zapaleniu opon mózgowych w przeciwstawieniu do zmarszczenia czoła w durze, przy czem tworzą się fałdy pionowe i twarz nabiera więcéj wyrazu rozgniewanego, zadąsanego. Do bólu głowy wzmagającego się odtąd, jak już wyżéj podaliśmy, ciągle przystępują wnet objawy tak zwane gastryczne t. j. zaparcie stolca i wymioty. Poprzedza zazwyczaj zaparcie stolca, a dopiero po dniach kilku występują wymioty. Przypady te zależne są już od zadrażnienia ośrodków mózgowych nerwu błędnego, są one prawie stałemi, choć zdarzają się przypadki, iż albo jednego z nich albo obu brakuje. I tak z pomiędzy wszystkich naszych przypadków nie było obstrukcyi tylko w przypadkach czterech a mianowicie w przypadkach 3, 4, 11, 18.

W przypadku 3-cim (zamiast zaparcia, rozwolnienie) była podstawa mózgu i opony wolną od gruzełków i objawów zapalenia; brak obstrukcyi znalazł zatem w sekcyi przekonywające wytłomaczenie. Istniejące wśród choroby rozwolnienie zależne było od nieżytu jelit, z którym do szpitala dziecię przyjętem zostało i które nie ustępowało wśród leczenia.

W przypadku 4-tym istniało poprzednio silne rozwolnienie nieustające mimo podawania rozlicznych środków, po wystąpieniu pierwszych objawów zapalenia opon t. j. wykrzykiwań, bólu głowy, zaczerwienienia policzków ustało nagle rozwolnienie i przez 24 godzin stolca nie było. Bardzo skąpa ilość gruzełków na podstawie a okolica skrzyżowania nerwów wzrokowych nie zajęta. W przypadku 11-tym brzuch był wysklepiony, trawienie normalne, zatrzymania stolca ani rozwolnienia nie było. Gruźlica ogólna prosówkowa, na oponach podstawy bardzo nieznaczna. W przypadku 18-tym rozwolnienie nawet w późniejszym okresie. Przy sekcyi na podstawie dość znaczna ilość wypociny i gruzełków, gruźlica przewodu i narządu moczo-płciowego. Wymiotów nie było w przypadkach czterech a mianowicie w przypadkach 3, 10, 11, 21. O przypadkach 3-cim i 11-tym była wzmianka powyżej; w przypadku 10 tym było jednakowoż zaparcie stolca a późniéj nieckowate zaklęśnięcie brzucha, w 21-szym z początku było rozwolnienie, potem zaparcie stolca. Drgawki przyszły nagle i śmierć nastąpiła wcześnie. Sekcyja stwierdziła tylko gruźlicę bez zmian następowych zapalnych, zatem okres bardzo wczesny na półkuli mózgowéj, podstawa była wolną.

Oprócz przypadków tych wyżéj podanych nie było lub raczéj nie zauważyliśmy jeszcze i wymiotów w przypadkach 22, 25 i 28. W tych wszystkich jednakowoż istniało też i rozwolnienie, i brakło wszystkich innych objawów dla rozpoznania zapalenia opon. Tylko w przypadku 22-gim były opony na podstawie wolne. W reszcie przypadków, w których wymioty zauważano, występowały one tak na czczo, jak i po jedzeniu. Zwłaszcza po każdorazowem wypiciu w okresie nieco późniejszym następowały nagle, nie bywały nigdy poprzedzone jakiemikolwiek nudnościami: każdy ruch chorego wystarczał do wzbudzenia ich, treść pierwotnie obfita, wodnista, barwy żółtawo-zielonéj stawała się coraz skąpszą i gęstszą.

Zaparcie żywota utrzymywało się w odnośnych przypadkach już przez wszystkie okresy aż do śmierci, wymioty ustawały zazwyczaj z końcem okresu drugiego, czasem tylko wcześniéj. Z przypadków okresu zwiastunów i okresu zadrażnienia zasługuje jeszcze jeden na uwagę, który więcéj w praktyce prywatnéj, niż w szpitalu miałem sposobność zauważenia. Jest to względnie szybkie a nieuzasadnione schudnięcie dziecka a czasem tylko zwiotczenie, zwolnienie ciała zwłaszcza na kończynach dolnych, na udach spostrzedz się dające i cera zmieniona, do malarycznéj podobna. Towarzyszą temu zazwyczaj i sinawe obwódki około oczu, gałki oczne, są nieco zapadnięte. Zmianę tę wyrazu spostrzegają rodzice, względnie matki i odnoszą to bardzo często do „robaków“. U małych dzieci niżéj roku zmienia się nagle wyraz twarzy, jeżeli się je z kolebki bierze na ręce.

Wróćmy znów do objawów następowych już rozwiniętego zapalenia opon; do nich należą w pierwszéj linii zmiany w ciepłocie i zachowaniu się tętna, daléj zmiany w torze oddechowym, w zakresie nerwów naczyniowo-ruchowych i nerwów ruchowych i czuciowych, wreszcie w sferze psychicznéj. Zmiany w ciepłocie polegają na wahaniach nieregularnych ciepłoty wśród poszczególnego okresu, na zboczeniach jednakże prawie stałych odróżniających okresy te od siebie i tak zauważa się podwyższenie ciepłoty w początku nieznaczne w okresie zwiastunów, znaczne częstokroć w okresie erupcyi, obniżenie znaczne często do subnormalnéj w okresie wytwarzania się wypociny, a zatem ucisku mózgowego i często jeszcze nadmierne podwyższenie w okresie przedśmiertnym, porażennym. Typ ten ciepłoty prawie w każdym przypadku z łatwością wykazać można, choć i tu nie brak wyjątków. Zmiany w zachowaniu się tętna są zupełnie odpowiednie, choć nie zawsze idą w parze ze zmianami ciepłoty. Tętno bywa przyspieszonem w począt-

kach choroby, lecz ilość uderzeń często się zmienia i różni o liczbę stosunkowo znaczną, w okresie późniejszym skoro choroba już jest rozwiniętą jest stale zwolnienie tętna, zazwyczaj około 60 uderzeń. Tętno bywa natychmiast przyspieszonem, jeżeli albo chory sam ruch jaki wykona albo jeszcze prędzéj, jeżeli głową jego potrząśniemy. Przyspieszenie to często i o 30 uderzeń trwa jednak tylko kruciutko i ustępuje zwolnieniu jeszcze znaczniejszemu niż przed po trząśnieniem. W okresie ostatnim bywa znów tętno przyspieszonem znacznie, lecz nitkowatem, a czasem niewyczuwalnem: jeżeli u dziecka okazującego tętno bardzo wolne zastaniemy w dobę lub dni kilka tętno przyspieszone, to możemy oznaczyć, iż śmierć najdaléj do 12 godzin nastąpi.

Prócz zmian powyższych, zaznaczających nam pewne okresy choroby, okazuje tętno jeszcze jednę najważniejszą występującą częstokroć już na samym początku choroby a dającą się przez cały czas trwania choroby wykazać, t. j. nieregularność, arytmię. Po kilku uderzeniach następuje zazwyczaj pauza, raz krócéj raz dłużéj trwająca, to znów po kilku uderzeniach szybkich następują inne powolnie w pewnych odstępach czasu znaczniejszych, poczem znów następuje kilkanaście bardzo szybkich uderzeń. Zmiany te w tętnie zauważyliśmy częstokroć nim jeszcze nawet wymioty wystąpiły; skonstatowanie ich obok ciepłoty podgorączkowéj i objawów bólu głowy wystarczała częstokroć już do rozpoznania wywięzującego się zapalenia gruźliczego opon.

Na czem zmiany te w zachowaniu się ciepłoty i tętna polegają, nie jest jeszcze dostatecznie stwierdzonem, typowość jednakże zmian tych kazała szukać przyczyny w grubszych zmianach anatomicznych. Wiadomem jest, iż dwa zdania stoją naprzeciw siebie. Jedno tłumaczy początkowe podwyższenie a późniejsze obniżenie ciepłoty zadrażnieniem jądra nerwu błędnego na dnie 4-téj komórki a późniéj uciskiem przez płyn w komórkach się wytwarzający. Drugie nie szuka przyczyny w komórkach, lecz we wysięku na dnie czaszki, na podstawie mózgu i w bezpośredniem drażnieniu. (Wiadomem jest, iż Wood drażnieniem włókien z mostku do rdzenia przedłużonego idących wywoływał obniżanie się ciepłoty). Czynienie zaś zależnem obniżenie się ciepłoty od zachowania tętna, obniżania się jego, zwolnienia ruchów serca, zmniejszania utlenienia krwi w płucach już dla tego samego nie jest odpowiedniem, że jak spostrzeżenia wykazały, nie zawsze odpowiadają sobie zmiany w ciepłocie i tętnie, że przy tętnie b. wolnem może być ciepłota wysoka lub naodwrót. Tak n. p. w przypadku naszym 19-tym wynosiła ciepłota 37·3, podczas gdy uderzeń tętna było po 128, w przypadku 20-tym przy ciepłocie 27·2 było uderzeń tętna 140, w przypadku 10-tym przy ciepłocie 37·8 uderzeń tętna 162. Natomiast w przypadku 2-gim przy ciepłocie 38·3 ilość tętna 60. Najbardziéj przedstawiały się wszystkie fazy zmian ciepłoty i tętna w przypadku 10-tym, 13-tym, 15-tym, 16-tym, 26 tym i 29-tym. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Kutner: **Leczenie cholerycznych w szpitalach paryskich.**

Paryż umieszcza swoich cholerycznych przeważnie w szpitalu „Bastion Trente-Six“ przy Boulevard Ney, tuż przy wałach fortyfikacyjnych położonego. Jest to gmach z koszar przerobiony a zatem nowoczesnych urządzeń nieposiadający.

1) Leczenie wewnętrzne. *a*) *Acidum lacticum* podawane wewnętrznie okazało się dotychczas najlepszym środkiem anticholerycznym. Formułka zapisywana brzmi: Rp. *Acid. lactic. 15·00 Aquae dest. 200·00 Syr. spl. 100·00.* W początku choroby podawano co $1/2$ godziny łyżkę a późniéj co godzin dwie. Albo też rozpuszczano 15·00 kw. mlekowego w 1 litrze wody i takowy choremu na całodzienne użycie podawano Stolce alkaliczne, po podaniu tego lekarstwa, przybierają oddziaływanie kwaśne a Dr. Morfon chwali bardzo także skuteczność tego środka w cholerynie i cholerze swojskiéj; *b*) Benzo-Naphtol w szpitalu Beaujou podawano z nieco mniejszym skutkiem w kapsułkach 4·00 *pro die*; *c*) Przetwory makowcowe. Co do tych, zdania są podzielone. W szpitalu „Necker“ widziano dobre skutki, podawano też je naprzemian z kw. mlekowym. Dr. Galliard, ordynujący lekarz w szpitalu Bastion, nieprzyznaje im żadnéj wartości, nie widział on po nich żadnego skutku *d*) Bismutowe preparaty podawano bez skutku; *e*) Salol tylko kilka razy stosowano ale zupełnie bez skutku. Prof. Netter zapewniał autora, że Salol nawet w lekkich przypadkach choleryny jest bez wpływu; *f*) Próbowano także w szpitalu Beaujou podawać *Talcum* w wielkich dawkach, celem pokrycia błony śluzowéj kiszki. Teoryja nie odpowiedziała praktyce.

2) Wymioty starano się łagodzić najpierw kawałkami lodu. Przykładano także worki z lodem na stos pacierzowy. Z dobrym skutkiem wstrzykiwano podskórnie 0·02—3 kokainy.

3) Leczenie podniecające. *Coffeinum natrosalicylicum*, używane w formie wstrzykiwań, okazało się jako znakomity środek podniecający; *b*) Stosowano także eter. *c*) Transfuzyję roztworu soli według Georges-Hayema. Dr. Galliard w okresie asfiktycznym uważa transfuzyję za jedyny zabieg, który jest w stanie choremu uratować życie. Wstrzykuje roztwór w *vena saphena anterior* ponad *malleolus* przyrządem Collina. Oto formułka roztworu: Rp. *Aq. dest. 1000·0 Natrii chlorati 5·00, Natrii sulf. 10·00.* W przeciągu 20 minut wprowadzał wobieg 2 litry: *d*) Injekcye Brown-Séquarda były stosowane bez skutku.

4) Leczenie zewnętrzne. Tarcie i obkładanie flaszkami gorącemi. Lewatywy wody borowéj z naftolem (1 gr. na liter).

5) Dyeta. W dniach choroby dyjeta czysto mleczna. Celem gaszenia pragnienia podawano herbatę z rumem i lemoniadę (*15·00 acid. tart.* na 1 l. wody). — (*D. m. W.* Nr. 35, 1892).

Chirurgija.

Guyon (Paryż): **O leczeniu nieżytu pęcherza moczowego za pomocą wkraplania leków.**

Na 26 leczonych z powodu zapalenia pęcherza zwykłemi przepłukiwaniami uzyskano ledwie 2 zupełne wyleczenia, zaś na 16 przypadków leczonych za pomocą wkraplania sublimatu osiągnięto zupełnych uleczeń 8. Wynik ten przemawia najdobitniéj za nową tą metodą. Pomiędzy te przypadki wliczone są zapalenia z różnych powodów. Najbardziéj opierało się leczeniu zapalenie natury gruźliczéj, najmniéj rzeżączkowe, na 5 przypadków tego ostatniego wyleczono 4. Wkraplania szczególniéj wtedy są wskazane, gdy błona śluzowa pęcherza jest bardzo drażliwą czyli kiedy parcie na mocz jest znaczne i bolesne. Przez przepłukiwanie zanadto się napręża bł. śluzową, co drażni jeszcze silniéj i sprawia ból większy. Często skutkiem tego przepłukiwać możemy tylko małemi ilościami bardzo rozrzedzonego a zatem mało skutecznego środka. Przy wkraplaniu używamy leku bardziéj stężonego, a co najważniejsza, wkroploną ilość zostawiamy oczywista w pęcherzu. Postępowanie jest następujące: Wypróżniwszy pęcherz za pomocą kateteru wpuszcza się za pomocą odpowiedniéj strzykawki i krótkiego kateteru lub świeczki pałeczkowatéj Guyona środek kroplami do tylnéj części cewki moczowéj, która jak wiadomo jest w ścisłem połączeniu z pęcherzem, przyczem

uważać musimy, by szczególniéj przy użyciu sublimatu nie dostała się do przedniéj części cewki, ta bowiem nawet najsłabszego rozczynu sublimatu nie znosi. Guyon używa przeważnie sublimatu lub azotanu rtęciowego. Pierwszego w rozczynie 1·1000, drugiego 5% z których to płynów wkrapla na raz do 30 kropli. (*Wr. med. Bl.* Nr. 11, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Dentystyka.

K. Szymkiewicz: O wyjmowaniu zębów.

Jak sam autor słusznie zaznacza, dział dentystyczny w naszéj literaturze lekarskiéj prawie leży odłogiem, więc chociaż w drobnéj części brak ten wypełnić ma niniejsza praca. Dwadzieścia sześć udatnych rycin objaśnia ją, tem potrzebniejszych, gdyż książeczka przeznaczona jest dla użytku lekarzy praktykujących a nie wyłącznie dla dentystów. I z tego założenia wychodząc, liczne ogólne uwagi, trafne a przydatne w codziennéj praktyce, poprzedzają rozdziały opisujące wyjmowanie poszczególnych zębów.

Mimo trudności wyczerpania teoretycznie tak bardzo praktycznego tematu, autor oddał kolegom pracę pożyteczną. (*Rozprawy z zakr. medycyny prakt.* Zeszyt III).

Dr. Radecki.

Notatki lecznicze.

Pigułki przeciw zaparciu żywota.

Rp. *Extr. nucis vom.*
Extr. bellad *āā* *0·20*
Podophyllini *0·36*
Aloës pulver. *0·80*
F. l. a. pil. Nr. 12.

S. Jednę pigułkę co wieczór w czasie jedzenia. (*Journ. de méd. de Paris,* 1892, Nr. 16).

Labbé poleca *natrium salicylicum* jako środek znakomicie kojący ból przy dystorsyjach stawów. Podaje on 4—5 gr. dziennie w proszkach jednogramowych. Przeciętnie w 2 godziny po pierwszéj dawce ból znacznie się zmniejsza tak, iż swobodnie już można rozpocząć nacierania i miesienie w stawie dotkniętym. *Dr. Wachholz.*

W sprawie cholery tegorocznéj.

Od chwili, kiedy się dowiedziano, że straszny gość azyjatycki przestąpił progi Europy, a zwłaszcza gdy się przekonano, że w pochodzie swym z dwóch przeciwległych stron — bo ze wschodu i zachodu naraz — okala coraz mniejszą część wolnéj od epidemii ziemi, pojawiły się liczne broszury oraz rozprawy w wszystkich pismach lekarskich traktujące głównie o leczeniu cholery. Nadto zamieszczają pisma komunikaty i spostrzeżenia z dawnych epidemij.

Towarzystwo lekarskie w Berlinie odbyło dnia 7 września b. r. nadzwyczajne posiedzenie poświęcone sprawie cholery. Prof. Virchow, który przewodniczył zebraniu, zagaił posiedzenie uwagą, że prócz Hamburga i jego okolicy nie ma drugiego ogniska cholery, jakkolwiek z Hamburga w dalekie strony Niemiec do pewnéj liczby miast kilka przypadków cholery się zawlokło. Spostrzeżenie to działa uspakajająco ze względu na obawę rozszerzenia się obecnéj epidemii, która i w Rosyi ma ten sam charakter, t. j. nie tworzy ognisk licznych w zachodniéj części państwa, podczas gdy grasuje w tak dużych centrach jak w Petersburgu, Moskwie i t. d. W Rosyi szczególnie w Petersburgu podobnie jak w Hamburgu przypisać należy część przypadków chorobowych piciu wody rzecznéj; okoliczność ta poucza, jak ważnem jest zwracanie bacznéj uwagi na dobrą wodę do picia. Virchow opisywał w dalszym ciągu sposób desinfekcyi stosowany w Rosyi obecnie, n. p. w szpitalu barakowym Botkina w Petersburgu: jest to przyrząd, w którym wydaliny chorych cholerycznych się gotuje, i jak się można przekonać, odpływy z tego aparatu są zupełnie sterylizowane.

Następnie Guttmann zdawał sprawę z przebiegu i leczenia chorych cholerycznych w miejskim szpitalu w Moabicie. Do 7 września leczono w szpitalu 6 przypadków, w których badanie bakteryjologiczne przeprowadzone aż do czystéj hodowli wykazało cholerę azyjatycką, z tych 4 umarło, w jednym przypadku, rokowanie jeszcze niepewne, a tylko pierwszy przypadek — kupiec z Hamburga wyzdrowiał. W okresie asfiksyi, zdaniem G. badanie bakteryjologiczne jest już zbyteczne, gdyż obraz, jaki chory przedstawia, jest tak charakterestyczny, że z niczem go zamienić nie można, natomiast nader ważne jest badanie bakteryjologiczne w początkowych okresach napadu cholerycznego i w łagodnych przypadkach cholery. W szpitalu Moabit badano także bakteryjologicznie przypadki cholera nostras i zwykłéj biegunki, które w czasie epidemii są nader częste; nigdy nie znachodzono w tych przypadkach prątków przecinkowych

Prelegent w dalszym ciągu omawia symptomatologiję i zmiany anatomiczne cholery. 4 sekcye na zwłokach zmarłych na cholerę wykazały, że sprawa choleryczna sprowadza zapalenie i obrzmienie błony śluzowéj jelita cienkiego począwszy od dwunastnicy, zazwyczaj także w mniejszym stopniu jelita grubego. Prócz tego zajęte bywają także narządy gruczołowe jelit: folikuły odosobnione i wyspy Peyera. Nadto znachodzą się liczne wybroczyny na błonie śluzowéj jelita cienkiego, powierzchnia błony śluzowéj jest ślizka, jakby mydłem powleczona. Wreszcie znachodzono ciężkie zmiany zapalne w nerkach.

Terapija, jaką w tym szpitalu stosują, polega jedynie tylko na zwalczaniu osłabienia czynności serca, jest zatem głównie podniecającą; wstrzykiwania podskórne eteru i kamfory, wewnętrznie alkohol, mocne wino, herbata itd., ogrzewanie chorych za pomocą kamionek; przeciw wielkiemu pragnieniu podają kawałeczki lodu do połykania. Prócz tego stosują hypodermoklizy z sterylizowanego $^2/_3$% rozczynu soli kuchennéj o ciepłocie 40° C. W szpitalu wykonywają hypodermoklizy za pomocą osobnego aparatu, jednakże w praktyce prywatnéj można zdaniem G. używać do tego celu zwykłéj strzykawki objętości koło 200 cm. sz. opatrzonéj grubą igłą do wbijania pod skórę. Podczas infuzyi należy miejsce, w którym płyn się nagromadza rozcierać, przez co napięcie skóry się zmniejsza i przyspiesza się wessanie. Jako miejsce do hypodermoklizy wybiera G. okolicę biodrową lub podobojczykową. Wielkie ilości płynu można na dwa miejsca w skórze rozdzielić. Działanie téj infuzyi okazuje się w tem, że tętno, które było znikło, na nowo się pojawia, jednakże w ciężkich przypadkach nie na długo, wskutek czego trzeba ją kilkakrotnie powtórzyć. — W jednym przypadku stosowano hypodermoklizy 6 razy w ciągu doby. Ilość płynu dla jednéj infuzyi powinna wynosić 1—1¼ litra; w jednym przypadku wlano pod skórę w ciągu 20 godzin 5·7 litra. *Dr. Beck.*

W końcu docent Pfeiffer wygłosił odczyt: „O bakteryjologicznéj dyjagnostyce cholery“.

W obecnéj chwili, gdy znaczna część ludności cholerą nawiedzonego Hamburga po całém państwie niemieckiem się rozjeżdża, istnieje obawa rozwleczenia groźnéj epidemii. Aby skutecznie zapobiedz wybuchowi cholery w miastach dotąd nie nawiedzonych nią, należy baczną zwracać uwagę na każdy podejrzany przypadek, poddając go równocześnie badaniu bakteryjologicznemu, czy przypadkiem nie jest on przyrody cholerycznéj. Dyjagnoza w pierwszych zaraz przypadkach z całkowitą pewnością wyrzeczona, może jeszcze w samych początkach epidemii stać się bodźcem do jéj stłumienia. W tym celu wyznaczyło towarzystwo lekarskie w Berlinie autora do zapoznania ogółu lekarzy z przystępnemi sposobami stwierdzenia prątków przecinkowych.

Za pomocą preparatów drobnowidowych sporządzonych z dejekcyi chorych tylko w wyjątkowych przypadkach można uzyskać wynik dyjagnostyczny pewny, a to mianowicie, gdy przecinki Kocha znajdują się w dejekcyjach prawie w czystéj kulturze. Gdy atoli rzadziéj czysta prawie hodowla prątków w dejekcyjach się znachodzi, a częściéj natomiast prątki obok koków, mikroorganizmów gnilnych, zwłaszcza zaś bardzo podobnych skrętków, pochodzących z jamy

ust a często w stolcach płynnych znachodzących się, przeto na preparatach tego rodzaju rozpoznania pewnego opierać nie można; natomiast należy sporządzić hodowle płytowe, stwierdzające z całkowitą pewnością obecność prątków Kocha.

Preparaty drobnowidowe sporządzac należy z grudek śluzowych, złożonych z rozpęczniałego przyblonka jelit, nadających owe charakterystyczne ryżowe wejrzenie treści stolcowéj. Prątki są wielkości równającéj się połowie lub $^2/_3$ lasecznika gruźliczego i barwią się wszystkiemi barwikami anilinowemi zasadowemi, są one lekko zgięte, kształtem przecinek, czasem literę s przypominające. Podobne do nich skrętki z jamy ust pochodzące a znajdowane w stolcach przy biegunkach są nieco dłuższe, lecz węższe, mniéj zgięte, często na obu końcach zaostrzone.

W wątpliwych przypadkach sporządzić należy hodowlę płytową a tę najlepiéj w szalkach Petri'ego. Grudkę śluzu ze stolca sterylizowanym drucikiem platynowym wydobytą zapuszcza się w rozpuszczoną sterylizowaną gelatynę, skłóca się ją delikatnie i z niéj szczepi się drucikiem drugą epruwetkę z taką samą gelatyną. To pierwsze rozcieńczenie wylewa się na szalkę Petriego i szalkę tę przechowuje się w ciepłocie 24° C. Już po 24 godzinach przedstawia nam się hodowla prątków pod drobnowidem (przy powiększeniu 70—90 razowem) w postaci charakterystycznych kropli bladych, o brzegach nierównych często zębiastych. W sześć godzin późniéj okazuje kolonia prątków wybitnie ziarniste wejrzenie; wydaje się przytem, jak gdyby złożoną była z opiłków szkła mocno załamujących światło. W tym to czasie prątki rozpuszczają gelatynę, tworząc rodzaj lejka. Lejek ten pod drobnowidem ustawiony działa jak soczewka rozpraszająca światło, ztąd też jeżli tubus mikroskopu zesunie się poniżéj téj powierzchni, w któréj ustawiony dozwala widzieć wyraźnie dany przedmiot, wówczas kolonia staje się jasną i gwiaździstą, jeżli się zaś tubus powyżéj téj powierzchni ustawi, kolonija zaciemnia się zupełnie. — Wszelkie kolonije bakteryj nie rozpuszczających tła, a znajdujące się na szalce Petriego, działają ustawione pod drobnowidem jak soczewki skupiające, zachowują się zatem przy obniżaniu i podnoszeniu tubusu odwrotnie jak kolonije przecinkowe. Za pomocą téj właściwości optycznéj może nie wprawne oko wyróżnić hodowle komabacillusów od innych mikroorganizmów. Skrętki pochodzące z jamy ust a znachodzące się w dejekcyjach płynnych, nie rozpuszczają gelatyny. Tak więc hodowlą gelatynową stwierdzić można prątki choleryczne z całkowitą pewnością.

Metoda Schotteliusa do stwierdzenia cholery sama jako taka nie jest wystarczającą i musi być zawsze popartą kulturą płytową. Schottelius mięsza mające się badać dejekcyje z dwu lub trzykrotną ilością bulijonu i przechowuje przez 10—12 godzin w ciepłocie 37 C. Prątki choleryczne jako aeroby żyją na powierzchni i tworzą tu cienką, ledwie spostrzegalną powlokę. Z téj powloki przygotowany preparat drobnowidowy okazuje czystą kulturę prątków. Metoda popierana przez Poehla, Bujwida i Dunhama polegająca na tem, iż za dolaniem kwasów mineralnych do hodowli prątków cholerycznych bulijonowych występuje w tychże zabarwienie czerwone (czerwień choleryczna) utraciła zupełnie wartość rozpoznawczą, odkąd Salkowski i Petri wykazali istotę téj czerwieni.

Prątki choleryczne odszczepiają z istot organicznych indol, powtóre odtleniają azotany na azotyny. Istnieją mikroorganizmy, które tylko indol odszczepiają, inne które odtleniają azotany, ale mało jest takich, które obie te własności posiadają. W tym tedy przypadku jeżli w bulijonie znajdą się bakteryje posiadające obie te własności, wówczas dolany kwas mineralny wolny od azotynów sprawia czerwone zabarwienie bulionu. Gdy zatem w stolcach badanych znaleść się mogą bakteryje odszczepiające indol obok bakteryj odtleniających azotany, wówczas próba czerwieni wypadnie dodatnio mimo, iż prątków cholerycznych dejekcyje nie zawierały.

Ostatniemi czasami polecona przez Lasera próba, polegająca na tem, iż hodowla prątków cholerycznych bulionowa sporządzona ze stolców wstawiona na 24 godzin do piecyka wylęgowego zdradza się wonią wstrętnie aromatyczną, istniejącą obok woni swoistéj kałowéj, nie może mieć wartości ściśléj ile że w normalnym stanie na niedokładnym zmyśle powonienia ludzi polegać nie można.

Tak tedy po dokonaniu preparatów drobnowidowych z dejekcyi, jedynie próba hodowli płytowéj (w szalce Petriego) zdolną jest na pewne rozstrzygnąć, czy dany przypadek jest przyrody cholerycznéj lub nie. *(Deut. med. Wschr.* Nr. 36, 1892). *Dr. Wachholz.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Projekt assanacyi Zakopanego.

W sierpniu b. r. odbyło się w Zakopanem za inicyjatywą prof. Dra Baranowskiego i pod jego przewodnictwem posiedzenie poufne grona lekarzy zamiejscowych i miejscowych przy prywatnym udziale prezesa stacyi klimatycznéj p. Ciechomskiego, p. dyrektora Neużila, naczelnika gminy, oraz właścicieli domów, willi i zakładów leczniczych. Rozpatrywano szczegółowo sprawę prac asanacyjnych, jakieby należało w przyszłości przeprowadzić w Zakopanem, celem utrwalenia dalszego rozwoju tego uzdrowiska i uczynienia zadość uzasadnionym wymaganiom gości i chorych; omawiano kwestyję urządzenia mieszkań, zapewnienia wzorowéj wody do picia, czyszczenia placów i dróg, osuszenia bagnisk i ważną sprawę rozporządzania odpadkami. Celem wypracowania szczegółowego i motywowanego projektu robót assanacyjnych wybrano komisyję z 3 osób, do któréj powołano prof. Dra Baranowskiego, Dra Stanisława Ponikłę i Dra A. Kwaśnickiego. Komisyja kierowała się tym względem pierwszorzędnéj wagi, że należy proponować przedewszystkiem środki do wykonywania łatwe i zrozumiałe dla ludności Zakopanego. Na skuteczność przymusu bowiem w tym razie i w tych warunkach liczyć niepodobna.

Projekt ten w głównych zarysach jest następujący:

I. Sposób rozporządzania odpadkami (nieczystości kloaczne stałe i płynne, odpadki gospodarskie, popłuczyny, śmieci). System beczkowy (skrzynkowy) na powierzchni ziemi urządzony uważamy za jedynie odpowiedni stosunkom miejscowym. Kanalizacyja spławna wobec obfitości wody i łatwego spadku jest wykonalną, jednak nazbyt kosztowna, dlatego na razie zaprowadzić się nie daje. Doły kloaczne nieprzepuszczalne byłyby wprawdzie celowi odpowiednie, lecz są równie za kosztowne, wyczerpywanie ich trudniejsze a kontrola trudna i niepewna.

Sposób przeprowadzenia:

1) Popod każdym wychodkiem ma być na powierzchni ziemi umieszczona skrzynia drewniana szczelna (wybita wewnątrz blachą lub fugi wylane smołą), opatrzona rękojeściami lub pierścieniami na drągi dla łatwiejszego podjęcia i wypróżnienia. Rozmiary skrzyni mają być zastosowane do rozmiarów wychodka tak, aby dostawanie się nieczystości poza skrzynię było wprost niemożebne.

2) Do odwaniania nieczystości ma służyć torf, którego w Zakopanem są znaczne pokłady. Będzie rzeczą gminy (komitetu klimatycznego) dostarczać każdemu właścicielowi domu potrzebnéj ilości torfu za ustanowioną opłatą (możebnie w formie dodatku do podatków gminnych uiszczaną). Nieczystości należy torfem 2 razy dziennie posypywać. Pożądanemi są przyrządy samoruchowe do posypywania, które są nie drogie i łatwe do urządzenia.

3) Ci właściciele domów, którzy posiadają gnojowiska mają nieczystości kloaczne, odwonione torfem w powyższy sposób, wyrzucać ze skrzyń do gnojowisk (jak najczęściéj, regulamin porządkowy oznaczy to bliżéj); z domów zaś tych, obok których nie ma gnojowisk (hotele, zakłady, wille prywatne itd.), będzie gmina nieczystości wypróżniać i za pomocą wozów umyślnie na ten cel urządzonych wywozić bezpośrednio na pola Zakopanego od mieszkań odległe lub na pola sąsiednich wsi. Gdyby zaś od czasu do czasu bezpo-

średnie wywożenie na pola było niewykonalne, mają być nieczystości tymczasowo złożone w dołach gminnych lub prywatnych pod kontrolą gminy pozostających. Doły te należy urządzić w najodleglejszych punktach wsi i mają być kryte deskami. Praktycznem się być wydaje zrobienie kontraktów z właścicielami gruntów o dostarczanie zwierząt jucznych do przewozu za odbiór nieczystości, które zakontraktowany rolnik mógłby do gnojowiska zamiast do dołu składać.

4) Odpadki gospodarskie i kuchenne, pomyje, śmieci mają być składane w gnojowiskach i odwaniane torfem, w domach zaś, gdzie gnojowisk niema, należy odpadki gospodarskie i pomyje za pomocą zlewów wpuszczać do skrzyń kloacznych odpowiednio rozszerzonych, śmieci zaś składać w śmietnikach urządzonych w formie skrzyń krytych, które należy zarówno jak nieczystości kloaczne odwaniać, wypróżniać i wywozić.

5) Wody zużyte, do kąpieli higienicznych i leczniczych służące, z zakładów kąpielowych i wodoleczniczych mają być wpuszczane do fos pochłonnych krytych, które w odległości co najmniej 20 metrów od mieszkań, studzien i strumyków urządzać należy.

6) Wrzucanie lub wlewanie jakichkolwiek nieczystości do wód publicznych, jakoteż pranie bielizny w nich jest surowo wzbronione.

II. Gnojowiska. W ścisłym związku z powyższem jest należyte urządzenie gnojowisk. Na gnojowisko ma być urządzony dół płytki nieprzepuszczalny (wyłożony gliną, iłem lub wybrukowany, o co nie trudno wobec mnogości kamienia). Gnojowisko ma być możebnie oddalone od domu mieszkalnego a od studni co najmniej 15 metrów — również winno być oddalone od rowów przydrożnych i strumyków. Ma być takich rozmiarów i tak zabezpieczone, aby ściekanie gnojówki do obejść sąsiadów nawet po deszczach było niemożebne.

III Woda. Zaprowadzenie wodociągów, n. p. ze źródła Białego Dunajca lub skądinąd przy pomocy rur drewnianych lub glinianych podziemnie przeprowadzonych jest zdaniem naszem łatwo wykonalnem i podniosłoby znaczenie zdrowotne miejscowości.

O ileby to na razie było niewykonalnem, możemy proponować przymusowe urządzenie licznych studzien głębokich; nadto należałoby zalecić uporządkowanie, ocembrowanie i nakrycie źródeł w pobliżu domów istniejących. Studnie winny być ocembrowane kamieniem, o ile to możebne, cementowane i zawsze nakryte. W razie urządzenia wodociągów, korzystanie z nich ma być obowiązkowe tylko dla domów na wynajem przeznaczonych.

IV. Place i drogi. Place przeznaczone na stanowisko furmanek mają być wybrukowane i opatrzone ściekami brukowanemi, prowadzącemi do gnojowiska, które staraniem gminy założone, utrzymywane, odwaniane i wypróżniane być mają.

Drogi winny być we właściwej porze skrapiane. a błoto zgarnywane i wywożone na pola staraniem gminy. Szczegółowe postępowanie oznaczyć winien osobny regulamin.

V. Bagniska i wody stojące. Bagniska i wody stojące stanowią szkodliwość wielkiego znaczenia, winny być drenowaniem osuszone, na co warunki terenu w Zakopanem z łatwością zezwalają.

VI. Porządek budowlany. Odnośnie do ugrupowania domów mieszkalnych winien obowiązywać w Zakopanem plan budowlany, szczegółowy mający na celu niedopuścić, aby Zakopane zabudowywało się w formie miasta, lecz stale zachowało cechę zbioru willi i domostw mieszkalnych, ogrodami, lasami i łąkami pooddzielanych.

Co zaś dotyczy sposobu budowania i urządzenia domów, winien obowiązywać osobny regulamin budowlany, odpowiadający wymogom uzdrowiska letniego i zimowego (podmurowanie lub warstwa izolacyjna, wystawienie na południe, zaopatrzenie piecami, zastrzeżone oddalenie od gościńca). Regulamin ten z należytą ścisłością i surowością winien być przestrzegany — przytem powinien uwzględniać możność budowania higienicznie odpowiednich domów od najskromniejszych do najwykwintniejszych.

VII. Urządzenie parku spacerowego dla gości w nieznacznej odległości od środka Zakopanego jest niezbędnem.

Powyższy projekt nie odpowiadający idealnie wszelkim wymogom higijeny, zaleca się jednak tem, że jest łatwo wykonalnym a wykonawcom zapewnia pewne korzyści ekonomiczne, które rolnik z łatwością pojmie. Nadto projekt ten uwzględnia tylko stan zdrowotny normalny i nie przesądza w niczem tych zarządzeń, jakie odnośna władza wobec sporadycznych lub epidemicznych chorób zakaźnych poczynić za stosowne uzna. Nadmienić tu należy, że desinfekcyja mieszkań przy obecnem urządzeniu takowych, wobec ścian drewnianych, z licznemi szparami, szczelinami i t. p. przedstawia znaczne trudności i wymaga odrębnego szczegółowo opracowanego regulaminu.

Z upoważnienia zgromadzenia i komisyi

Dr. Stanisław Ponikło.

Drugi Zjazd międzynarodowy dermatologów w Wiedniu od 5—10 września 1892.

Jeżeli chwytam za pióro, aby napisać słów kilka o tym kongresie, to raczej w charakterze reportera kroniki, niż członka zjazdu. Kto był na jakimkolwiek zjeździe „międzynarodowym“ wie, że sprawozdanie, choćby pobieżne, ze wszystkich odczytów jest prawie niemożebne; różność języków wykładowych, często bardzo słaby głos prelegenta, nie akustyczna sala, oto trudności dla referującego. Nie inaczej też było na tym zjeździe; mówiono w językach niemieckim, francuskim, angielskim i włoskim, często cicho w sali. która pod względem akustyki niejedno pozostawiała do życzenia. To też i moje sprawozdanie z odczytów, które wkrótce prześlę, ograniczać się będzie tylko do tych, które zrozumieć mogłem lub których autorowie dali mi „odbitki“. Dziś podaję tylko krótki szkic przebiegu zjazdu.

Mimo, że wielu z tych, którzy swój przyjazd zapowiedzieli, nie przybyło, przeważnie z Rosyi i Prus, z powodu grasującej tam cholery, liczba członków zjazdu wynosiła do 140. — Już to przyznać trzeba komitetowi organizacyjnemu z prof. Kaposim jako prezesem i doc. Dr. Riehlem, jako sekretarzem generalnym, na czele, że dołożył on wszystkich starań, aby przyjąć gości ze wszech stron świata jak najserdeczniej. To też niezawodnie każdy wyniósł jak najmilsze wspomnienie z chwil, spędzonych już to w ściślejszem gronie znajomych kolegów, już to w szerszych kołach na wspólnych zebraniach i bankietach. Z powag byli: stary Hardy, Vidal, Hutchinson, Malcolm Morris, Köbner, Neisser i wielu innych. Dermatologija nasza miała 12 przedstawicieli. Prócz polaków kolegów wiedeńskich (Finger, Łukasiewicz, Reiss i Czech), obecnymi byli na zjeździe z Warszawy: koll. Sierzpowski i Szmachfetter, z Poznania: Dębiński, ze Lwowa: Kossak, Świątkiewicz i Tatarczuch, z Krakowa: Zarewicz. Posiedzenia naukowe odbywały się codziennie od godziny 9 do 2 w uniwersytecie wiedeńskim. Kongres otworzył dnia 5 września pięknem przemówieniem prof. Kaposi, jako prezes komitetu zjazdowego, kończąc je wypowiedzeniem życzenia, aby każdy odjeżdżając mógł sobie powiedzieć: „*Omne tulit punctum, qui miscuit utile dulci.* W imieniu uniwersytetu przemówił rektor prof. Ludwig, życząc kongresowi osiągnięcia jak najlepszych wyników w interesie nauki i cierpiącej ludzkości; imieniem Towarzystwa dermat. wiedeńskiego mówił prof. Neumann, w imieniu miasta wiednia witał grono przybyłych Dr. Stenzl. Na honorowego prezesa zjazdu wybranym został nestor dermatologów Hardy z Paryża. Po ukończeniu posiedzenia całe grono udało się do ratusza, gdzie burmistrz Dr. Prix podejmował je w imieniu miasta. Skrzepiwszy ciało przy obficie zastawionych stołach rozeszliśmy się około g. 4, aby przetrawić ranne odczyty, poobiedne przyjęcie. Wieczór wię-

kszość uczestników była w operze, na której przedstawienie rozdano z komitetu wiele biletów. We wtorek ten sam porządek posiedzenia; wieczorem o 9 przyjęcie u prof. Kaposiego. Uprzejmi gospodarstwo witali każdego z przybyłych; około 11. zapełniły się obszerne salony, w których przy żywéj pogadance, bo były i panie, spędziliśmy miłych chwil kilka. We środę w ciągu posiedzenia całe grono uczestników zjazdu udało się przed biust Hebry, znajdujący się w jednym z korytarzy uniwersytetu, na którym Hardy, jako w dzień imienin znakomitego uczonego, złożył w imieniu zgromadzonych wieniec laurowy. Na popołudnie zapowiadał program wycieczkę do Kaltenleutgeben i Badenu. Większość pojechała do Badenu, my Polacy również. Osobny pociąg przywiózł nas do ustrojonego w chorągwie Badenu około 4 godziny. Na dworcu, gdzie oczekiwał przybycia naszego komitet podejmujący, przemówił Dr. Schwarz, witając przybyłych w imieniu miasta; dziękując już z góry za serdeczne przyjęcie odpowiedział najstarszy z obecnych, tj. Hardy. Podzielono nas na 5 partyj, aby tem łatwiéj było można zwiedzić wszystkie szczegóły zakładu i urządzeń kąpielowych w Badenie. Porządek i czystość imponowała każdemu, a jeden z francuzów wyraził się *„nous n'avons rien pareil“*. Po skończonem zwiedzeniu podejmowano nas bankietem, na którym toastowano niezgorsza. O 11 wieczór wracaliśmy do Wiednia. We czwartek zwykły porządek posiedzenia; wieczorem uczta dana przez „Tow. dermatologiczne wiedeńskie“. Przy wesołych dźwiękach muzyki, serdecznym nastroju, jaki ożywiał licznie zebranych, licznych toastach zeszło gdzieś do 11, poczem większość członków udała się na plac wystawy w Praterze. W piątek po południu urządzono wycieczkę na Kahlenberg, gdzie prof. Kaposi miał dowcipnie powiedzieć, że tu już przed 200 laty Sobieski uczył dermatologii, garbując skórę Turczynom. — W sobotę o godz. 1 prof. Kaposi ogłosił kongres za zamknięty. Jako miejsce III kongresu obrano Londyn, prezesem jego Hutschinsona.

Nierozerwalną całość z kongresem stanowiła wystawa przedmiotów z dziedziny sztuki aptekarskiéj, techniki i t. d. dotyczących dermatologii. Ogólną uwagę zwracały na siebie *„moulages“* Baretty z Paryża i Dra Henninga z Wiednia. Oto krótki szkic kongresu; sprawozdania z odczytów, chociaż pobieżne, prześlę wkrótce.

Wiedeń dnia 18/IX 1892. *Dr. E. Borzęcki.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 września. Prędzéj, aniżeli się obawiano, i innym szlakiem, aniżeli przypuszczano, cholera dostała się do miasta naszego. Już przed dwoma tygodniami zmarły w szpitalu św. Łazarza dwie osoby, u których jednak ani sekcyja ani badanie bakteryjologiczne nie zdołały stwierdzić cholery; gdy atoli badanie uskutecznione przez Dra Krokiewicza w pracowni bakteryjologicznéj, istniejącéj w Namiestnictwie, na dejekcyjach, przesłanych przez lekarza powiatowego w Wieliczce Dra Kownackiego, przemawiało za cholerą, p. Namiestnik doniósł o tym wyniku do Wiednia, skutkiem czego Ministerstwo spraw wewnętrznych dla sprawdzenia rzeczy delegowało do Krakowa członka Najwyższéj Rady sanitarnéj, prof. Weichselbauma, który zjechał do Krakowa d. 18 b. m., gdy już nie było wątpliwości, że cholera do nas rzeczywiście zawitała. D. 17 bm. przybyło bowiem do szpitala św. Łazarza dwóch chorych, z których jeden Andrzéj Gibek przyjechał był z Oświęcimia, gdzie był zajęty desinfekcyją wagonów kolejnych, przybyłych z Niemiec, a próba kultury żelatynowéj, uskuteczniona na miejscu przez praktykanta szpitalnego Dra Blatteisa młodszego, wykazała w dejekcyjach jego prątki przecinkowe Kocha które to rozpoznanie stwierdzone zostało nietylko przez tutejszych lekarzy, ale następnie i przez prof. Weichselbauma. Druga chora tegoż dnia przyjęta do szpitala św. Łazarza, Franciszka Hottowna, pochodziła z Podgórza. D. 18 b. m. zachorowała Wiktoryja Giza, praczka w tymże szpitalu, zajęta praniem bielizny owych chorych; gdy u wszystkich trzech chorych wykazano prątki Kocha, nie ulegało wątpliwości, że gość niemiły pojawił się u nas. Natychmiast przybyli ze Lwowa Drowie Krokiewicz i Lachowicz, wysłani z Namiestnictwa, a dnia następnego zjechał sam p. Namiestnik, wziął udział w posiedzeniu komisyi sanitarnéj, oglądał szpital dla cholerycznych i przekonał się wszędzie naocznie o środkach ostrożności przez Magistrat zarządzonych. Natychmiast ogłoszono i przybito na rogach ulic odezwę Magistratu do mieszkańców miasta tyczącą się zachowania się podczas cholery, zarządzono na dworcu kolei rewizyę osób w jakimkolwiek kierunku z Krakowa wyjeżdżających oraz ich pakunków, otworzono szpital dla cholerycznych itd. — Nie ulega wątpliwości, że cholera do nas została zawleczoną z Hamburga przez Oświęcim; za tem przemawia i okoliczność, że sprawdzone, iż w ostatnim czasie kilka osób przybyło wprost z Hamburga do Krakowa i Podgórza, a zdanie to podziela i prof. Weichselbaum. Dotychczas choroba występuje u nas dość łagodnie, jeżeli się uwzględni, że od pierwszego pojawienia się zaledwie kilka było przypadków niewątpliwie stwierdzonych cholery a przypadków śmierci zaledwie parę. Rzecz naturalna, że publiczność pod wpływem przerażenia chwilowego wszystkie przypadki nagłego zasłabnięcia zrazu kładzie na karb cholery, a niedowierza, jeżeli ścisłe badanie za życia i po śmierci wykazuje inną przyczynę śmierci, Tak np. dziś rano głoszono jako fakt, że zeszłéj nocy 5 osób zasłabło na Kazimierzu nagle i odesłanych zostało do szpitala cholerycznego, nadto, że młodą żydóweczkę znaleziono na ulicy Józefa na Kazimierzu nieprzytomną i wijącą się w kurczach. Pokazało się, że 3 osoby natychmiast jako niecholeryczne wyprawiono ze szpitala i że chora na ulicy znaleziona cierpi na epilepsyję. Według urzędowego komunikatu p. fizyka miasta Dra Buszka, wydanego dziś rano, pozostało w Krakowie z dnia poprzedniego (w szpitalu św. Łazarza) 5 przypadków cholery, przybyło 5 chorych do szpitala Braci Miłosierdzia, lecz żaden z nich nie okazuje wybitnych oznak cholery. Dziś rano zaszły 3 ciężkie przypadki: dwa w domu pod l. 4 przy ulicy Mostowéj, gdzie mieszkała i zmarła z cholery Loefflerowa, znaleziono zaś na ulicy Józefa ciężko chorą młodą izraelitkę wśród objawów cholerycznych (jestto jednak chora na epilepsyję). Wszystkich troje odstawiono do szpitala cholerycznego. Dom, w którym chorowała i umarła Loefflerowa, i w którym po jéj śmierci zachorowała córka jéj i parobek opróżniono i mieszkańców przewieziono do schroniska fundacyi ks. Lubomirskiego. Co się zaś tyczy tego schroniska, to żalą się powszechnie, że takowe wcale nie jest urządzonem na pomieszczenie ludzi zdrowych lub chorych; prócz czterech ścian niema bowiem nic więcéj w salach, ani łóżek, ani innych koniecznych sprzętów; dotychczas znajduje się w schronisku 23 osób, z tych 16 w jednéj sali, ludzie leżą na barłogu, pozostają bez opieki i bez dozoru tak, że wychodzą na miasto bez przeszkody. Należałoby temu brakowi natychmiast zapobiedz.

Dziś ogłoszono na Kazimierzu rozporządzenie Dyrekcyi policyi, które ze względu na nadchodzące wielkie święta żydowskie poleca, aby czas modlitwy skrócono, aby synagogi podczas modlitwy nie były przepełnione i t. d. Rozporządzenie to uważamy za niedostateczne. Tuby się zdał jenerał Baranów, któryby radykalniéj wziął się do dzieła, i polecił zamknięcie wszystkich synagóg podczas świąt wielkich. Kto bowiem wie, w jakim stanie znajdują się synagogi tutejsze zazwyczaj, a zwłaszcza kto okiem znawcy widział, jak wygląda synagoga i w jakim zaduchu setki ludzi przebywa całą prawie dobę w Sądny dzień w miejscowości ciasnéj, zanieczyszczonéj, nie wentylowanej, i to setki ludzi poszczących w ścisłem tego słowa znaczeniu, to przyzna, że niczem są odpusty, których się przecie zakazuje, w porównaniu z tym prawdziwie tureckim lub perskim widokiem, jaki się przedstawia zdziwionemu oku europejczyka. Wszelkie srodki połowicze nie osiągną tu skutku; wskazany jest jeden tylko środek radykalny, to jest zamknięcie bóżnic na czas świąt wielkich, a nawet starowiercy nie mieliby za złe władzy, gdyby byli zmuszeni modlić się w domu, sądzimy nawet, że dziwią się sami, iż władze zamknięcia nie zarządziły. Byłby to środek może niebardzo konstytucyjny, ale czy inne środki, przez potrzebę wskazane, tak bardzo zgadzają się z zasadą wolności osobistéj w państwie konstytucyjnem, jak np. przeniesienie do szpitala cholerycznego ludzi, którzy w domu leczyć się mogą, lub delożowanie

całych domów i przenoszenie mieszkańców do Schroniska tak idealnie urządzonego, jak nasze? A jednak postępowanie to uznajemy jako potrzebą usprawiedliwione, aby nie dopuścić do tworzenia się licznych gniazd zarazy.

Zresztą przyznać należy, że władze i ich kierownicy wszyscy z uznania godną gorliwością zabrały się do rzeczy, jakkolwiek jeszcze niejedno pozostaje do czynienia, ale i Rzym nie odrazu zbudowany, a do czyszczenia stajni Augiasza, jaką nazwać można miasto nasze, pozbawione wodociągów i kanalizacyi, i Herkules nie wystarczyłby; na to potrzeba czasu, dużo pieniędzy a przedewszystkiem wyrozumiałości ze strony ludności i jéj reprezentantów miejskich. Może epidemija tym razem będzie mniéj srogą, tak przynajmniéj twierdzą epidemijologowie, wskazujący na fakt, że cholera zawleczona z Hamburga do Berlina i innych miast niemieckich, występuje w tych miastach dosyć łagodnie.

W ostatniéj chwili dochodzą wiadomości, iż i w innych miejscowościach kraju naszego przypadki cholery już się zdarzyły; tak w Przemyślu i we wsi Wołowcu w powiecie gorlickim; ale wieści te dotąd nie są jeszcze należycie sprawdzone.

* Dr. Ludwik Katyński donosi nam, że osiadł stale w Bieczu jako lekarz miejski.

* **Kijów** 2/14 września. Od dwóch przeszło tygodni mamy u siebie gościa azyjatyckiego, który jednak, jak dotąd, niezbyt obfity plon zbiera. Początek zawdzięczamy wielkiemu odpustowi w Ławrze miejscowéj od 15/27 zeszłego miesiąca, na który licznie zawitali braciszkowie z nad Wołgi i Donu.

* W tygodniu 36-ym (od 4—10 września) było w Krakowie małżeństw 9, urodzeń 39, skonów 52, z tych z zapalenia płuc 7, z gruźlicy 6, z nieżytu żołądka i jelit 4, z czerwonki 2.

* **Zmarli**. We Wiedniu Dr. Romeo Seligmann, pensyjonowany przed 13 laty profesor zwyczajny historyi medycyny w Uniw. wiedeńskim, licząc lat 85. Był to mąż rozległéj wiedzy i silnéj woli.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

L. 2717.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Cieszanowie ogłasza niniejszem na mocy §. 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891 (Nr. 17 dz. u. kr.) tudzież na podstawie postanowienia Wys. Wydziału krajowego z dnia 9 sierpnia 1892 l. 38,180, wydanego w porozumieniu z Wysokiem c. k. Namiestnictwem konkurs celem obsadzenia posady okręgowego lekarza w gminach Brusno nowe, Brusno stare, Chlewiska, Deutsefbach, Hużanieska, Huta stara, Kadłubiska, Lipsko, Łukowica, Narol miasto, Narol wieś, Nowiny horynieckie, Płaszów, Ruda różaniecka, Rudka, Wola wielka, z siedzibą w Narolu mieście z roczną płacą 600 złr. w. a. i ryczałtem rocznym na koszta podróży służbowych w kwocie 336 złr. w. a. — Chcący uzyskać tę posadę muszą prócz dostatecznéj fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryjackiego.
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiéj.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość języków krajowych.
5) Praktykę najmniéj dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim. Prócz obowiązków lekarza okręgowego, określonych bliżéj w instrukcyi wydanéj na zasadzie §. 14 powyż powołanéj ustawy przez Wys. c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wys. Wydziałem krajowym a umieszczonéj w Nrze 82 d. u. kr. z. p. 1891 spoczywa także na lekarzu okręgowym obowiązek utrzymywania apteki domowéj.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najpóźniéj do 10 października 1892. 108—3—2

Z Wydziału Rady powiatowéj

Cieszanów 6 września 1892. *Gnoiński*, prezes.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Przy Przemyskim szpitalu powszechnym opróżnioną została posada prymaryjusza z płacą roczną w ilości 900 zlr.

Kandydaci do téj posady muszą oprócz dostatecznej fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1) obywatelstwo austryjackie,
2) stopień doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów austryjackich,
3) dwuletnią praktykę szpitalną, oraz poświadczenie, że wykonywali znaczniejsze operacyje,
4 dokładną znajomość języków krajowych,
5) nieskazitelny charakter tudzież wiek nie przekraczający 40 lat.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu do końca września 1892. 109—2—1

Magistrat kr. woln. miasta

Przemyśl dnia 9 września 1892. *Dworski.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 1 Października 1892. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza w Krakowie.

Włókniaki macicy i ciąża.

Przypadek wyłuszczenia włókniaków z następnem poronieniem i wyleczeniem

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

II-gi asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

Zabieg operacyjny jest usprawiedliwiony i wskazany wtenczas, jeżeli istnieją przypady, które każą się obawiać, że dany przypadek nie należy do tych szczęśliwych, pomyślnie przebiegających, że wobec dłuższego wyczekiwania grozi matce i płodowi niebezpieczeństwo poważne; innemi słowy: samo rozpoznanie nie usprawiedliwia operacyi tak, jak np. w przypadkach nowotworów złośliwych lub guzów jajnika; oprócz rozpoznania potrzebne są jeszcze wskazania. Co stanowi w przypadkach włókniaków macicy ciężarnej wskazanie do operacyi?

W dziełach o operacyjach ginekologicznych Hegara i Kaltenbacha[1]) oraz Hofmeiera[2]) nie znajdujemy jasno zestawionych wskazań; jest tam tylko wzmianka o objawach uciskowych, o okręceniu szypuły i następowem zapaleniu otrzewny (Hegar i Kaltenbach), o znacznych rozmiarach guza (Hofmeier). Schroeder[3]) w nauce o położnictwie mowi ogólnikowo, że zabieg operacyjny (*myomotomia*) jest wskazany w tych przypadkach włókniaków, które niepowikłane ciążą dawałyby wskazanie do myomotomii; nadto wspomina osobno o szybkim wzroście i dużych rozmiarach obrzęków. W nauce o chorobach kobiecych[4]) uważa tenże autor myomotomiję w ciąży za wskazaną wtenczas, kiedy guzy doszły do takich rozmiarów, że obok nich nie może się swobodnie rozwijać macica ciężarna, nie wywołując groźnych niebezpieczeństw i nieznośnych dolegliwości, i w tych przypadkach, w których włókniak duży rozrasta się w miednicy małej, macica zaś ciężarna mieści się powyżej tak, że podczas porodu stanowić będzie włókniak absolutną przeszkodę porodową. Martin[1]) w podręczniku położnictwa omawia tę sprawę bardzo pobieżnie, podobnie Pozzi[2]), który może najdokładniej zestawia literaturę, dotyczącą tego przedmiotu.

W 3 przypadkach, opisanych przez Hofmeiera[3]), stanowiły wskazanie do zabiegu objawy uciskowe, zresztą autor ten nie zastanawia się bliżej nad wskazaniami.

Dłużej i dokładniej rozwodzi się nad tem Th. Landau[4]); rękoczyn zdaniem jego jest potrzebny wtenczas, kiedy guz wywołuje groźne objawy uciskowe, moczniсę i puchlinę brzuszną, i w przypadkach, w których guz bardzo szybko rośnie. To samo mniej lub więcej zapatrywanie wygłasza Vogel[5]). Gördes[6]), mówiąc o wskazaniach do laparatomii w przypadkach włókniaków podsurowiczych twierdzi, że rękoczyn jest na miejscu wtenczas, „*wenn sie* (*Myome*) *entweder die Entwickelung des Uterus oder den späteren Ausgang der Schwangerschaft zu storen drohen*“. Zdanie to, teoretycznie słuszne, nie daje się jednak do konkretnego przypadku zastosować, bo któż może w pierwszych miesiącach ciąży przewidzieć, jaki będzie jej dalszy przebieg w przypadkach powikłanych włókniakami?

Obok wyżej wzmiankowanych znajdujemy nowe wskazanie w pracy Languera[7]), mianowicie krwawienia, naturalnie z włókniaków podśluzowych szyi, i obawa poronie-

[1]) *Operative Gynaekologie.* 1886. — [2]) *Grundriss der gynaekologischen Operationen.* 1892. — [3]) *Lehrbuch der Geburtshilfe* (Olshausen u. Veit), 1888. — [4]) Schröder: *Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane*, 1886.

[1]) Martin: *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1891. — [2]) Pozzi: *Traité de Gynécologie*, II ed., 1892. — [3]) Hofmeier: *Die Myomotomie.* Stuttgart 1884. — [4]) Landau l. c. — [5]) *Ueber supravag. Amputation des schwang. Uterus etc. Diss. inaug.* Giessen 1886. — [6]) l. c. — [7]) Langner l. c.

nia, czyli chęć utrzymania ciąży. To ostatnie może naturalnie usprawiedliwić tylko zabieg konserwatywny z zachowaniem macicy ciężarnéj. W końcu, zdaniem Vogla [1]), w wyjątkowych przypadkach zmusza do rękoczynu obumarcie i rozpad nowotworu, który, jak twierdzi autor i Krukenberg [2]), może się wydarzyć i w ciąży.

Zebrawszy tedy rozmaite zapatrywania możemy powiedzieć, że zabieg operacyjny w przypadkach włókniaków macicy powikłanych ciążą jest wskazany: 1) jeżeli nowotwór w pierwszych miesiącach ciąży bardzo szybko rośnie tak, że łatwo przewidzieć można groźne następstwa, jakie wyniknąć muszą z tego wzrostu w dalszych miesiącach;

2) jeżeli guz, chociażby niewielki, wywołuje objawy uwięźnięcia (niemożność oddawania moczu i stolca, grożące poronienie, uremiję), a pomimo usiłowań w narkozie odprowadzić się nie daje;

3) jeżeli, rozwinąwszy się podśluzowo w szyi, wywołuje groźne krwotoki tak, że wyczekiwanie końca ciąży, chociaż bardzo pożądane, może się stać dla matki niebezpieczne;

4) jeżeli nowotwór obumarł i ulegając rozkładowi grozi posocznicą i śmiercią. Grożące poronienie, które zdaniem Langnera zmusza do operacyi, jest chyba wskazaniem przyszłości; zabieg konserwatywny, polegający na usunięciu nowotworu z pozostawieniem macicy ciężarnéj, który nawet wtenczas, kiedy niema śladu rozpoczętéj czynności porodowéj, często staje się wprost przyczyną przerwania ciąży, wywoła poronienie tem rychléj, jeżeli się go wykona w przypadku, w którym dolny odcinek macicy uległ zadraźnieniu, a kurczenie się ciała macicy, plamy krwawe i skracanie się części pochwowéj zwiastują przedwczesne przerwanie ciąży. Zasada: *cessante causa, cessat effectus,* nie daje się tu niestety zastosować. Wiemy przecież, że poronienie wzniecone żywemi ruchami, np. tańczeniem, często nie daje się zatrzymać mimo usunięcia przyczyny, podobnie jak poronienie wywołane mocno zesznurowanym gorsetem postępuje często daléj pomimo zdjęcia gorsetu. O ileż więcéj w przypadkach włókniaków, które grożą przedwczesnem przerwaniem ciąży, usunięcie nowotworu, a więc przyczyny, nie będzie w stanie powstrzymać poronienia, skoro sam zabieg mający to na celu jest tak silnym bodźcem, wywołującym bóle porodowe.

W końcu nie możemy i o tem zapomnieć, że poronienie bezpośrednio po zabiegu operacyjnym musi mieć przebieg groźniejszy.

Zachodzi pytanie, co robić, jaki zabieg wybrać, jeżeli istnieje jedno z czterech wyliczonych wskazań, jeżeli więc czynne wdanie się jest potrzebne. Odpowiedź na to pytanie nie jest tak naturalną i prostą, jakby się wydawało. Przyczyną wszelkich niebezpieczeństw nie jest ciąża jako taka, ona w zwykłych przypadkach jest przecież stanem fizyjologicznym, nie jest również włókniak, bo guz ten nie powikłany ciążą, prawdopodobnie nie wywoływałby groźnych objawów; przyczyną niebezpieczeństwa jest właśnie to powikłanie, ten fakt, że ciąża rozwija się w macicy dotkniętéj włókniakami.

Leczenie operacyjne może więc być trojakie: 1) najradykalniejsze polega na wycięciu macicy ciężarnéj razem z włókniakami; 2) wywołanie poronienia. W tym przypadku usuwa się ciążę, a pozostawia włókniaki, które po przerwaniu ciąży nie są niebezpieczne; 3) usunięcie włókniaków. Tutaj pozostawia się znowu macicę ciężarną w nadziei, że ciąża po usunięciu nowotworów przebiegać będzie prawidłowo. Każdy z tych sposobów ma niewątpliwie swoje uprawnienie, swoje wskazania i swoje zalety, nie wszystkie jednak sposoby mają tę samą wartość leczniczą. Najmniéj stron dodatnich ma niewątpliwie wywołanie poronienia: postępując tą metodą poświęca się płód dla usunięcia niebezpieczeństwa grożącego matce; dzieje się to z zgodnie zapatrywaniem powszechnie w położnictwie przyjętem, że w podobnych razach życie matki ceni się wyżéj, niż życie płodu. Zabieg taki jednak, ażeby był usprawiedliwiony, powinien być dla matki łagodny, i nie powinien jéj narażać na znaczniejsze niebezpieczeństwo. Do rzędu podobnych zabiegów, poświęcających życie dziecka dla ratowania matki, należy wymóżdżenie żywego płodu; — operacyi téj nie odmawia nikt uprawnienia, gdyż jest dla matki zabiegiem najłagodniejszym, jaki w danych warunkach daje się zastosować. Nie można tego niestety powiedzieć o wywołaniu poronienia w przypadkach ciąży powikłanéj włókniakami; przedewszystkiem samo poronienie dobrowolne jest w tych warunkach niebezpieczne, jak to wyżéj wykazano; jest niewątpliwie niebezpieczniejsze, jeżeli zostało wywołane sztucznie: musi się ono przeciągać dłużéj, niż dobrowolne, ztąd dłużéj trwające krwotoki i większe niebezpieczeństwo ostréj niedokrewności — a nadto wobec manipulacyj w drogach rodnych, potrzebnych do wywołania poronienia, większe prawdopodobieństwo zakażenia, które tak często nawet po dobrowolnem poronieniu staje się przyczyną śmierci. Powtóre, po szczęśliwie odbytem poronieniu istnieje możność zastąpienia w tych samych niekorzystnych warunkach, a z nową ciążą grozi po raz wtóry cały szereg dolegliwości i niebezpieczeństw. Po trzecie, włókniaki, które się zostawia w nadziei, że one po przerwaniu ciąży nie będą zakłócać zdrowia, nie we wszystkich przypadkach odegrają rolę niewinnych, dobrotliwych nowotworów; mogą one bezpośrednio po poronieniu obumrzeć i przez rozkład grozić posocznicą, mogą zresztą i po latach stać się przyczyną groźnych objawów, a przez to dać wskazanie do ciężkiego zabiegu operacyjnego, jakim jest myomotomia. Z tych przyczyn większość autorów przemawia przeciwko wywołaniu poronienia, ograniczając wskazanie do tych rzadkich przypadków, w których żaden inny zabieg nie daje się wykonać, a wdanie się czynne jest niezbędne. I tak Hegar i Kaltenbach [1]) potępiają ten zabieg bezwzględnie, podobnie Pozzi [2]), Th. Landau [3]), Hauser [4]) i inni. Nieco łagodniéj wyraża się o nim Schroeder [5]), który go w wielu przypadkach zaleca, oraz Meyer [6]).

To, co powiedziano o sztucznem poronieniu, odnosi się w większéj części również do wywołania porodu przedwczesnego. Operacyja ta, narażająca matkę na te same niebezpieczeństwa co poronienie, stoi przecież od téj ostatniéj o tyle wyżéj, że nie poświęca wprost dziecka i daje mu choćby słabe szanse życia. Za rękoczynem tym przemawia Felsenreich [7]).

Racyjonalniejszym niewątpliwie zabiegiem jest wycięcie macicy ciężarnéj razem z włókniakami (*amputatio su-*

---

[1]) Vogel l. c. — [2]) Krukenberg: *Archiv f. Gynaekol.* XXI, 1883.

[1]) l. c. — [2]) l. c. — [3]) l. c. — [4]) Hauser: *Archiv f. Gynaek.* XLI, 1891. — [5]) Ginekol. i położnictwo. — [6]) l. c. [7]) l. c.

pravaginalis uteri gravidi). Jest on lepszym od przerwania ciąży już dla tego, że jest radykalnym. Po szczęśliwie przebytym rękoczynie nie grożą już kobiecie niebezpieczeństwa drugiéj ciąży, bo kobieta stała się niepłodną, ani dolegliwości, a może i ciężka operacya, wywołana rozwojem włókniaków, bo razem z macicą pozbyła się chora i nowotworów. Pomimo tych zalet nie jestto zabieg bez zarzutu: poświęca on, wykonany wcześnie, życie dziecka i czyni kobietę niepłodną. Jak statystyka wykazuje, rękoczyn ten wykonywa się najczęściéj we wczesnych miesiącach ciąży i tak w 18 przypadkach zestawionych przez Pozziego operowano 16 razy przed 6-tym miesiącem ciąży, a więc bez nadziei utrzymania życia płodu, a raz tylko (v. Ott) udało się uzyskać dziecko żywe, dzięki zabiegowi wykonanemu z końcem ciąży. Natomiast uratowano 13 matkom życie (72·3%). Według dokładnego zestawienia Hausera wykonano dotychczas zabieg ten 24 razy, z tych 9 razy z zejściem śmiertelném, co daje procent 37·5. Cyfra to duża, nie ma jednak rozstrzygającego znaczenia z powodu małéj ilości znanych przypadków. Zabieg ten ma być zdaniem autorów, którzy go wykonywali (Kaltenbach, Hofmeier) nie tylko nie trudniejszy od amputacyi w zwykłych warunkach, ale wprost łatwiejszy. Hofmeier pisze „... *ist in Folge der ausserordentlichen Auflockerung der Gewebe und der erhöhten Zugänglichkeit des Operationsfeldes die technische Ausführung geradezu erleichtert*“.

Niewątpliwie najpiękniejsze zadanie ma do spełnienia trzeci zabieg, o którym wyżéj wspominaliśmy, to jest usunięcie włókniaków z zachowaniem macicy ciężarnéj. Zalety jego polegają na tém, że mając do czynienia z wikłającemi się dwoma stanami, fizyjologicznym i patologicznym, usuwa patologiczny, t. j. włókniaki, a zostawia fizyjologiczny, t. j. ciążę. W ten sposób, wykonany nawet we wczesnych miesiącach ciąży nie wyklucza donoszenia płodu i prawidłowego porodu na czasie, nie czyni kobiety niepłodną, ale usuwając to, co było w macicy chorobowem, daje jéj możność zastąpienia i donoszenia w warunkach prawidłowych. O ile po przerwaniu ciąży w przypadkach włókniaków należy się zastąpienia obawiać, o tyle po usunięciu włókniaków z pozostawieniem macicy należy go się spodziewać. Ma jednak i ten zabieg swoją ujemną stronę: pozostawienie macicy ciężarnéj, zadrażnionéj bądź co bądź zabiegiem operacyjnym, każe się obawiać poronienia, którego przebieg bezpośrednio po operacyi może być groźny (Martin).

Usunięcie włókniaków z pozostawieniem macicy (mówimy tu o laparotomii, nie o usunięciu polipów podśluzowych) daje się niestety tylko w rzadkich, wybranych przypadkach wykonać. Wskazaniem do tego zabiegu są przedewszystkiem guzy podsurowicze, uszypułowane, w obec których operacyja ta jest równie łatwą i zrozumiałą jak w przypadkach nowotworów jajnikowych uszypułowanych; następnie włókniaki podsurowicze szeroko osadzone, które jednak łatwo dają się wyłuszczyć z macicy; niektórzy autorowie (Vogel, Frommel) posuwają się tak daleko, że chcą zabieg ten wykonywać nawet w przypadkach guzów śródmiąższowych. Frommel wygłasza zapatrywanie, że nawet wobec włókniaków śródmiąższowych należy próbować wyłuszczenia, zmienić zaś plan dopiero wtenczas, kiedy się otworzy jamę macicy. Zgodnie z Landauem należy się w obec takiego śmiałego postępowania obawiać niekorzystnych wyników, z powodu poronienia, które zabieg tak energiczny musi często wzniecać.

Wyłuszczenie zachowawcze nowotworów i doszczętne wycięcie macicy (*amputatio supravaginalis*) nie są zabiegami, któreby miały ze sobą rywalizować o pierwszeństwo. Dla wyłuszczenia z zachowaniem macicy istnieje pewien zakres wskazań, po za który operacyja ta nie może wykraczać, ale w którego granicach jest zabiegiem jedynie racyjonalnym. Ten zakres wskazań stanowią włókniaki podsurowicze uszypułowane i niektóre podsurowicze szeroko osadzone, które bez wielkiego zranienia macicy dają się z niéj wyłuszczyć.

Przeciwnie zabieg radykalny (*amputatio*) jest wskazany przedewszystkiem w obec włókniaków śródmiąższowych, w obec włókniaków podsurowiczych szeroko osadzonych mnogich, których wyłuszczenie wymagałoby kilkakrotnego zranienia macicy, i w obec takich podśluzowych, które przez pochwę wyjąć się nie dają. W tych granicach zabieg radykalny, acz poświęcający dziecko, jest w swojem prawie, i w te prawa nie może wkraczać ani zabieg konserwatywny, ani przerwanie ciąży.

Tylko w tych wyjątkowych przypadkach, w których z przyczyn technicznych inny zabieg nie daje się wykonać, a ciężkie objawy zmuszają do czynnego wkroczenia, można, jak to już wyżéj wspomniano, myśleć o przerwaniu ciąży.

Wobec tylu teoretycznych zalet, których nie można odmówić zabiegowi zachowawczemu, zachodzi pytanie, jaki wyrok wydaje o nim statystyka. Z góry zastrzedz się musimy, że tego wyroku nie możemy uważać za prawomocny, gdyż ilość przypadków, którą rozporządza statystyka jest bezwarunkowo za mała. Hegar i Kaltenbach[1]) (1886) cytują przypadków 7, Stratz (1886)[2]) 8, Vogel (1886)[3]) 9, Th. Landau[4]) (1891) już 17, Pozzi[5]) (1892) 17, Hofmeier[6]) 1892) tylko 12, obecnie zaś w literaturze (o ile mi była dostępna) znanych jest przypadków 22, do których doliczam odrazu nasz przypadek, który poniżéj dokładnie opiszę, jako 23-ci. Pierwszy operacyję tę wykonał Péan, po nim Thornton, reszta rozdziela się jak następuje: 5 przypadków Martin, 2 przypadki Frommel, po jednym Schröder, Hegar, Studgaard, Landau, Odgen, Barnes, Gordon, Routier, Homan, Bergh, K. Braun, Kuestner i Bidder; w końcu jeden operowany był w klinice ginekologicznéj krakowskiéj. Z tych 23 przypadków 7 zakończyło się śmiercią (30·4%), 16 zaś korzystnie dla matki (69·6%). Z tych 16: w 7 wystąpiło poronienie bez szkody dla matki, w 9 zaś ciąża trwała do końca. Z tego wynika, że zabiegiem tym uratowano 69·6% matek, a 39·1% dzieci. Jakkolwiek statystyka ta opiera się na małéj liczbie przypadków, pomimo to musi ona zachęcać do podejmowania zabiegu, który nie poświęcając życia dziecka, tak często wprost ratuje życie matki.

---

[1]) [2]) [3]) [4]) [5]) [6]) l. c.

(Dokończenie nastąpi).

II. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XXIV.

Dzieciobójstwo popełnione na dziecku ślubnem.

Podał

Prof. Dr. Halban.

(Dok. Patrz Nr. 38.)

Na podstawie tego orzeczenia Sąd uchwalił odroczyć rozprawę i przesłać akta do Wydziału lekarskiego, celem zasięgnięcia opinii; poprzednio jednak zażądał wyjaśnienia od pp. obducentów, które oni podali w sposób następujący:

Jakkolwiek pojmowaliśmy należycie, iż przy wysokim stopniu zgnilizny płodu należało do wielkich trudności choć w przybliżeniu orzec, czy noworodek oddychał lub też nie (już bowiem w pierwotnem orzeczeniu wyraźnie zastrzegliśmy, iż z powodu zgnilizny stanowczego orzeczenia dać nie możemy), jednakże orzekłszy z prawdopodobieństwem, iż dziecię po urodzeniu oddychało, oparliśmy nasze orzeczenie na następujących danych:

a) Z uwagi, że płuca gniją zazwyczaj późno tak, iż często widzimy całe zwłoki mocno już zgnite, podczas gdy płuca są jeszcze doskonale utrzymane, w obecnym przypadku bowiem, pomimo iż serce, wątroba, śledziona gazami rozdęte pływały, mimo to płuca prócz łupkowo-popielatéj barwy, ani gnilnego odbarwienia (szaro lub samo-zielone), ani też rozpadu tkanek nie okazywały, nadto pod opłucną płucową nie znaleziono nigdzie nagromadzonych większych baniek powietrznych, coby również za gazami gnilnemi w płucach przemawiało (zob. Hofmann: Gerichtl. Medicin, 1887, str. 731, 7 w. z dołu, Dr. Feigel: Med. sąd. 1883, str. 153—155). Jeszcze bardziéj upoważniało nas do przypuszczenia, iż znalezione powietrze w płucach nie jest wyłącznie wynikiem nagromadzenia gazów gnilnych, gdyż pomimo silnego uciskania płuc pod wodą ręką (jak to zresztą zawsze czynimy), niezliczona ilość baniek powietrznych z takowych wyszła, mimoto wygniecione płuco rzucone na wodę pływało, żałujemy tylko, iż tego momentu nie opisano przypadkowo w protokóle sekcyjnym. Nadto zwracamy uwagę, że płuca będące w stanie częściowéj nierozwitości (*atelektasis*) tem trudniéj ulegają zgniliźnie (Feigel, str. 153, 10 w. od dołu) a płuca noworodka przez nas badanego istotnie znajdowały się w częściowéj atelektazie, jak świadczy brak całkowitego wypełnienia jamy klatki piersiowéj, tudzież przy nacięciu płuc po obu stronach kraglawa (zob. prot. sekc. 8).

b) Co do zdania wypowiedzianego w czasie rozprawy głównéj przez rzeczoznawców, że „po wyjściu główki dziecię nie mogło jeszcze oddychać, albowiem klatka znajdowała się jeszcze we wnętrzu“, zdanie to jako fałszywe i bezpodstawne odpieramy, odsyłając pp. rzeczoznawców do dzieł Hofmanna, Maschki i Feigla.

c) W końcu jakkolwiek może w orzeczeniu naszem nie trzymaliśmy się ogólnie przyjętego zwyczaju „*in dubiis mitius*“, to jednakże powołując się na powagę prof. Hofmanna (4. Auflage str., 744, 5 w. od dołu), znalazłszy płuca zawierające powietrze a nie okazujący wybitnych objawów zgnilizny, wydaliśmy orzeczenie, iż dziecię prawdopodobnie oddychało, a więc żyło, tem bardziej iż zresztą dojrzałość płodu, jego rozmiary przemawiały, że zostało w porę urodzonem, przyczem brak było jakichkolwiekbądź danych przemawiających za obumarciem płodu w łonie matki.

Orzeczenie Wydziału lekarskiego opiewało w tym przypadku krótko i węzłowato:

Zgadzając się w zupełności ze zdaniem znawców do rozprawy wezwanych Wydział orzeka:

1) Z powodu wielkiéj zgnilizny nie podobna ocenić, czy dziecko Jaryny C. urodziło się żywem;

2) tem mniéj orzec nie można, czy ono umarło z uduszenia.

Jeden z dawnych autorów sądowo-lekarskich wyraża się o lekarzach sądowych, skorych do potępiania kobiet o dzieciobójstwo oskarżonych: „*Sanguinem sitiunt, cui parcere omnino deberent*“. Jeżeli obecnie zarzut ten na szczęście stał się niemożebnym z powodu, że dzieciobójstwo już nie jest zagrożone karą śmierci, lecz przeciwnie w całym świecie cywilizowanym uchodzi za t. zw. *delictum privilegiatum*, to jednak od innego zarzutu niepodobna uwolnić obecnie niektórych lekarzy sądowych, a mianowicie, że nie trzymają się zasady: *in dubiis mitius*. Zasada ta powinna jednak dla lekarza być tem bardziéj przewodnią, im mniejsze jego doświadczenie, albowiem powinien wiedzieć, że są pewne kwestyje i przypadki, w których nawet doświadczeńszy lekarz zawahać się powinien, gdy się rozchodzi o potępienie bliźniego, a rzecz sama jest wątpliwą. Do takich kwestyj należy w pierwszym rzędzie dzieciobójstwo. Tu już odpowiedź na pierwsze pytanie Sądu, czy dziecko urodziło się żywem, jest nieraz bardzo trudnem, prawie niemożebnem, a jeżeli po najdokładniejszem badaniu i uwzględnieniu wszystkich okoliczności znawca zdobywa się na odpowiedź ścisłą i zdołał wykazać, że dziecko urodziło się żywem, to wtedy czeka go dopiero zadanie częstokroć jeszcze trudniejsze, a mianowicie potrzeba wykazania, jaka jest przyczyna śmierci tego dziecięcia. Zdarza się zaś dosyć często, że lekarz uradowany sprawdzeniem żywego urodzenia się dziecka, zapomina, że przyjście na świat dziecka żyjącego nie stanowi jeszcze zbrodni, i że nie każde dziecko nieślubne umiera śmiercią gwałtowną, co dopiero zbrodnię dzieciobójstwa stanowi, jeżeli własna matka śród porodu lub bezpośrednio po odbytym porodzie śmierć dziecka swego wywołuje, i że przeciwnie dzieci nowonarodzone bardzo często umierają nietylko bez przyczynienia się matki, ale nawet pomimo największych starań koło utrzymania go przy życiu. Zapózno już nieraz lekarz sądowy spostrzega, że śród usiłowania, aby sprawdzić żywe urodzenie się noworodka, spuścił z uwagi możność wykazania przyczyny śmierci lub że wogóle przyczyny śmierci wykazać nie zdołał. W takich razach zdarza się, że lekarz mniéj doświadczony, czyniąc sobie zarzut, że niemożność wykazania przyczyny śmierci w danym razie jest wynikiem jego własnéj nieznajomości rzeczy i że lekarz doświadczeńszy byłby w stanie przyczynę tę wykazać i rzecz całą wyjaśnić, ucieka się do przypuszczenia, że śmierć nastąpiła z uduszenia, polegając na doświadczeniu, że dzieciobójstwo najczęściéj odbywa się przez uduszenie noworodka, ponieważ ten rodzaj śmierci na noworodku najłatwiéj uskutecznić można i ponieważ nadto ten rodzaj śmierci niekoniecznie pozostawia ślady jakieś widoczne, o gwałcie dziecku zadanym świadczące. Spuszcza jednakowoż z uwagi, że sprawdzenie śmierci z uduszenia nawet u dorosłych jest jednem z najtrudniejszych zadań lekarza sądowego, ponieważ całkiem mylnem jest zdanie dawniejsze, które dotąd tylko sędziowie starsi podzielają, jakoby śmierć z uduszenia wywołała zmiany charakterystyczne na trupie, z łatwością wykazać się dające. A jeżeli na osobach dorosłych, notoryjnie z uduszenia zmarłych, najczęściéj sekcyja żadnych zmian charakterystycznych nie przedstawia, to tem mniéj takowe wykazać można na oseskach i noworodkach, a już wcale kusić się nawet nie można o sprawdzenie śmierci z udusze-

nia na zwłokach gnijących, jeżeli niema zewnętrznych śladów gwałtu, a u noworodków, jak z natury rzeczy wynika, takich śladów nigdy się nie znachodzi. Otóż właśnie w takich razach zasada *in dubiis mitius* sama przez się nasuwa się lekarzowi z loiczną koniecznością, a powinien ją znawca zastosować już dla zaspokojenia własnego sumienia w przekonaniu, że mylić się każdy może, a zawsze lepiéj, aby winny wyszedł bezkarnie, aniżeliby niewinny uległ karze.

Wracając do naszego przypadku tem bardziéj należało przychylić się do zdania drugich znawców, wypowiedzianego śród rozprawy, o ile znawcy pierwsi wedle możności starali się usunąć wątpliwości odnoszące się do pytania pierwszego a wyrobiwszy w sobie przekonanie, że dziecko urodziło się żywem, już zasady *in dubio mitius* nie uważali za potrzebne stosować do pytania drugiego, a mianowicie co do przyczyny śmierci, a właśnie odpowiedź ich na to pytanie drugie, to jest orzeczenie, że dziecko umarło z uduszenia, spoczywa na podwalinach jeszcze słabszych. Wychodzili oni snać z zapatrywania dawnego, że rozpoznanie śmierci z uduszenia jest rzeczą łatwą, i dlatego w danym przypadku orzekli o śmierci z uduszenia dziecka, jakkolwiek żywe jego urodzenie się tylko z prawdopodobieństwem przypuścili byli, a więc w dwojakim kierunku zbyt śmiałą wydali opiniję, a śmiałości téj żadnemi cytatami z dzieł obronić nie zdołali, jak wogóle powoływanie się w orzeczeniu sądowem na zdania autorów jest niewłaściwem, gdyż nie usuwa się wątpliwości w danym razie zachodzącéj świadczeniem się autorami, którzy przypadku, o który się rozchodzi, nie widzieli.

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

H o y e r: O zastosowaniu płytek z miki do badań mikroskopowych.

Autor używa cienkich blaszek miki do preparatów stwardnionych i zatopionych w parafinie lub do zasuszonych wydzielin oraz innych płynów do badania. Sposób postępowania jest następujący: Skrawki preparatu zalanego w parafinie przykleja się do cienkiéj blaszki miki w ten sam sposób, jak to się czyni zazwyczaj na szkiełkach przedmiotowych, następnie barwi się całą seryję przylepionych skrawków zwykłemi metodami, a do badania wycina się nożyczkami kawałeczek miki z preparatem, kładzie się na szkiełko przedmiotowe preparatem zwrócone ku górze, zalewa się balsamem kanadyjskim i przykrywa szkiełkiem przykrywkowem. Podobnie postępuje się z preparatami zasuszonych płynów i wydzielin.

Jedną z ważnych zalet téj metody jest to, że można na większéj blaszce miki przylepić całą seryję skrawków pochodzących z jednego preparatu, a w razie niemożności badania od razu, płytki takie przez czas dłuższy przechowywać, co o wiele jest mniéj kłopotliwe niż przechowywanie kilkudziesięciu poznaczonych szkiełek. Nadto może lekarz praktykujący mając przy łóżku chorego płytki mikowe przygotować sobie na prędce zasuszony preparat z wydzielin, krwi itd, a potem albo sam go barwić i badać, albo też przesłać w celu badania specyjaliście. Do tego ostatniego celu, aby można blaszki takie przesyłać w liście, radzi H. napoić je jakimś lotnym olejkiem, zanurzyć na chwilę w roztopionéj parafinie i następnie ułożyć na bibule. Mający płytki te badać, rozpuści parafinę w ksylolu i zwykłemi sposobami zabarwi. (*Gazeta Lek.* 1892, 27). *B . . k.*

Farmakologija.

S c h u l t z (Gryfia): O nasennem działaniu kw. siarkowodowego.

Schultz badał doświadczalnie, czy kwas siarkowodowy przy pewnych warunkach działać może nasennie. Zwierzęta, których używał do doświadczeń, zamykał w balonie szklanym, do którego za pomocą rury wpuszczał gaz H_2S, mierząc ilość za pomocą zwykłego zegaru gazowego. Ilość H_2S nie powinna przekroczyć pewnej granicy, po za którą zwierzęta dostawały napadów bezdechu. Króliki do zaśnięcia potrzebowały ½ godziny, psy 54 a koty 60 minut najczęściej wśród objawów jakby znużenia. Zwierzęta kładły się, przechylały głowę i zasypiały snem różnie długo trwającym. Czasem sen przerywały drgawki lub ziewnięcie. Króliki najwięcéj znosiły gazu, objawiały bowiem senność po zużyciu 0·27—0,44 objętości w procentach obliczonej. Psy znosiły 0·07—0·17 a koty 0,00—0·10. — Z doświadczeń tych wynika, że kw. siarko-wodowy w silnem rozcieńczeniu z powietrzem atmosferycznem mięszany działa stanowczo nasennie. Za część składową działającą uważać należy siarkę. Tylko tym sposobem wytłomaczyć sobie możemy nasenne działanie sulfonalu, trionalu i tetronalu. Wymienione środki, jeżeli je w retorcie z pierwoszczą komórek wątrobowych do 37° ogrzewamy, wydzielają wśród rozkładu ze siebie kw. siarko-wodowy. (*Greifsw. med. V.* 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Notatki lecznicze.

F o u c a u t i B é r a n g e r - F é r a n d zalecają przeciw dnie następujący napój: Rp, *Acid. lact. Aqu. dest. āā 40·00.* Łyżeczkę rozczynu tego należy codziennie rano 3 lub 4 szklankami wody dobrze osłodzonéj rozcieńczyć i w ciągu dnia wypić. Przez dni 20 z rzędu należy napoju tego używać, następnie przerwać używanie przez 10 dni, wreszcie znowu używać go przez dni 20. Leczenie takie jeżli trwa przez kilka lat, zmniejsza częstość i nasilenie napadów dny, a z czasem zupełnie ją usuwa. Autorowie zauważają w końcu, iż używanie kwasu mlekowego nie wywołuje żadnych zaburzeń w narządach trawienia.

Dr. I s a a c zaleca dermatol w wszystkich ostrych wypryskach, *intertrigo* rzyci i pod sutkami, również i u dzieci, w wypryskach w fałdach skórnych. Znakomite oddaje usługi dermatol w oparzeniach, również w owrzodzeniach kończyn dolnych, jeżli takowe są sączące i wilgotne. Po przecięciu i oczyszczeniu dymienic wypełnienie rany dermatolem osusza je doskonale i ułatwia gojenie. (*Medic. Neuigkeiten* Nr. 30, *D. m. Woch.* Nr. 25 1892). *Dr. Wachholz.*

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

C a n t a n i (Neapol): Leczenie cholery.

Doświadczony autor zwraca przedewszystkiem uwagę na różnorodność charakteru rozmaitych epidemij, które on obserwował. Są epidemije, w których główne niebezpieczeństwo dla największéj liczby chorych leży w z a g ę s z c z e n i u krwi, utracie wody i braku tlenu tkanek a szczególnie układu nerwowego, w innych zaś przeważa intoksykacyja chemiczna produktami rozwoju i rozkładu prątków, sprowadzającą *algidismus* i zapad bez większéj liczby stolców.

W leczeniu cholery należy zadość uczynić tym samym wskazaniom, które czytelnicy znają z „zestawienia terapii cholery“ prof. Jaworskiego, tj.: Ograniczenie rozwoju bakteryj, uczynienie jadu ptomainowego nieszkodliwym, wydalenie jadu wessanego ze krwi, zwalczanie zgęszczenia krwi.

W okresie początkowym mamy do zadośćuczynienia dwom pierwszym wskazaniom, a tu najlepiej działają gorące enteroklizy z kwasem garbnikowym. Cantani twierdzi, że żaden inny środek nie jest w stanie w tym stopniu co enterokliza garbnikowa ograniczyć rozwój prątków cholerycznych, zobojętnić ptomainy i pomyślnie uleczyć cholerę w pierwszym okresie. Ani kwasy mlekowe lub solny, ani środki ściągające lub przeciwgnilne podawane wewnętrznie nie odnoszą żadnego skutku, albowiem bądź ulegają w żołądku pod wpływem jego treści zmianom chemicznym, które znoszą jego działanie, bądź ulegają w żołądku już wessaniu i nie dochodzą do chorych miejsc jelit, bądź też wreszcie drażnią zbytnio błonę śluzową żołądka, pobudzają jeszcze więcéj do wymiotów, a tem samem możliwość działania znoszą.

Zupełnie potępia C. przykładanie plastrów lub mąki gorczycznéj, wenesekcyje, które w nowszych czasach zaleca

Giacich w Fiume, *vesicantia* itd. Również nie użytecznemi są gorące zawijania i nacierania, a nawet za wręcz szkodliwe uważa gorące kąpiele pełne, które wywołując rozszerzenie naczyń skórnych sprawiają, że w sercu i naczyniach narządów wewnętrznych tem mniéj znajduje się krwi, a przez to mogą przyspieszyć zapad i śmierć. Żadna kąpiel nie jest w stanie tak ogrzać ciała, jak gorąca enterokliza lub hipodermokliza. Podobnież i z hydroterapii nie można w przypadku cholery spodziewać się żadnéj korzyści. W okresie biegunki cholerycznéj spodziewano się (Winternitz) za pomocą nacierań zimnych przez wywołanie skurczu obwodowych naczyń wzmocnić akcyję serca, podnieść ciśnienie krwi w naczyniach jelita i przez następowe rozszerzenie naczyń skórnych uwolnić jelita od przekrwienia. Doświadczenie jednak przypuszczeń tych nie potwierdziło.

Nadspodziewanie pomyślne wyniki osiągnięte w pierwszym okresie cholery zapomocą enterokliz tak przez samego Cantaniego jakoteż i innych licznych lekarzy włoskich, nie mogą być przypisywane jedynie działaniu ściągającemu kwasu garbnikowego i zakwaszaniu treści jelitowéj. W rzeczy saméj badania dokonane w pracowni klinicznéj Cantaniego pod jego kierunkiem przez Manfrediego i de Simone, wykazały, że 1% roczyn taniny w ciepłocie 37°C. zabija prątki choleryczne w hodowli bulionowéj w przeciągu 1½ godziny. Nadto dalsze badania ze sterylizowanemi przy 100° czystemi hodowlami w bulionie peptonizowanym, a więc nie zawierającemi żywych prątków przecinkowych, wykazały, że podczas gdy wstrzykiwania podskórne a szczególnie intraperitonealne takiéj hodowli bez żadnéj domieszki (23 cm. sz. na 1 kilo ciężaru ciała) wywołuje u psów objawy podobne do stadium algidum napadu cholerycznego, to dodatek 0·6% kwasu garbnikowego do tego toksycznie działającego środka wystarczał do uczynienia go nieszkodliwym nawet przy wstrzykiwaniach do jamy otrzewnowéj w ilości 34—39 gr. na 1 kilo wagi ciała. Z tego wynika, że kwas garbnikowy z jednéj strony zabija prątki choleryczne, z drugiéj także czyni nieszkodliwym jad ptomainowy przez prątki te wytworzony, a tem samem czyni zadość dwom pierwszym wskazaniom leczniczym w takim stopniu, w jakim go nawet po najsilniejszych środkach przeciwgnilnych spodziewać się nie można. Pierwszemu z tych wskazań przychodzi w pomoc zakwaszenie treści jelitowéj, które rzeczywiście, jak badanie stolców wykazuje, ma miejsce, drugiemu tj. wydzieleniu jadu i prątków pomaga wprowadzenie wielkiéj ilości wody, która przyspiesza wypróżnienie treści jelitowéj. C. ostrzega, aby nie czekać zbyt długo z wykonaniem enteroklizy, gdyż im wcześniéj się ją zastosuje, tem pewniejszy skutek. Wewnętrznie nie radzi przytem nic podawać, jako napój zaleca częste podawanie odrobin zimnéj wody lub kawałeczków lodu, starego wina czerwonego, szampana, piwa bawarskiego, lemoniady z kw. solnego lub mlekowego, albo z cytryny z dodatkiem koniaku.

W okresie drugim cholery, t. j. w okresie wybitnego napadu cholerycznego, wobec wytwarzającéj się lub zagrażającéj asfiksyi, gdy nastąpiło zagęszczenie krwi i nagromadzenie we krwi toksyn, nasuwają się dwa drugie wskazania lecznicze: usuwanie jadu z krwi i rozrzedzenie tejże. Obu tym wskazaniom czyni zadość wprowadzenie wielkiéj ilości wody do obiegu krwi, i to najlepiéj zapomocą gorącéj hipodermoklizy. Nie będziemy się tu wdawali w szczegółowe opisy rzeczy znanych czytelnikom dokładnie z cennéj rozprawy prof. Jaworskiego. Cantani cytuje wyniki z własnego i swoich uczniów rozległego doświadczenia, oraz ze spostrzeżeń innych autorów, które dowodzą, że w okresie takim (*stad. algidum*), w którym śmiertelność zazwyczaj wynosi 80%, po zastosowaniu wlewań podskórnych uratowano 61% chorych. Przytem jednak zwraca uwagę na równoczesne wypełnienie pierwszych wskazań i sądzi, że tam, gdzie wyniki po hypodermoklizie nie były tak świetne, zapewne nie zwracano należytéj uwagi na wydalenie jadu i prątków z jelit. Autor nie zgadza się z Samuelem, aby od pierwszego okresu począwszy robić hypodermoklizę i w ten sposób krok za krokiem w miarę utraty wody z stolcami działać przeciw zagęszczeniu krwi, gdyż niebezpieczeństwo cholery nie leży w samem zagęszczeniu krwi, lecz głównie w intoksykacyi, któréj najlepiéj przeciwdziała enterokliza. Z drugiéj strony nie można się spodziewać pomyślnych skutków po hypodermoklizie w okresie bardzo późnym w czasie agonii, gdy się już rozwija porażenie serca; wtedy bowiem płyn nie ulegnie resorbcyi.

Autor przekłada stanowczo hipodermoklizę nad infuzyę roczynu soli wprost do żył, a to z tego powodu, że z tkanki podskórnéj wchodzi płyn do małych naczyń włosowatych, tu miesza się z krwią i już krew rozcieńczona dochodzi do serca, podczas gdy wstrzykując do żyły, wprowadzamy tylko do serca słup roczynu soli, który o wiele późniéj miesza się ze krwią. Nadto wstrzykiwanie płynu do żył jest połączone z większemi niebezpieczeństwami infekcyi, embolii powietrznéj, i wymaga wielkiéj wprawy, podczas gdy hypodermoklizę można powierzyć inteligentnym, wyuczonym posługaczom. W dalszym ciągu występuje C. przeciw poleconym przez Rivę wstrzykiwaniom roczynu soli do jamy otrzewnowéj i opłucnowéj (Peritoneokliza i pleurokliza), jako zabiegom również niebezpiecznym i trudnym do wykonania.

Hypodermoklizę wykonywa C. najczęściéj w obie okolice biodrowe równocześnie zapomocą aparatu rozdzielającego się na dwie części i kończącego się w dwóch trójgrańcach. Cantani zaprzecza, jakoby w czasie napadu cholerycznego jelito straciło zupełnie zdolność chłonienia; jakkolwiek wchłanianie jest bardzo upośledzone, to przecież mała cząstka płynu wlanego zapomocą enteroklizy dostaje się do obiegu krwi i dlatego już enterokliza, acz w małym stopniu, działa przeciw jéj zagęszczeniu. Z tego powodu ostrzega przed wprowadzaniem do jelit szkodliwych dla ustroju środków przeciwgnilnych, a wykonanie enteroklizy garbnikowéj w samym początku choroby i powtarzanie jéj choćby co kilka godzin a szczególnie po każdem wypróżnieniu sprawiły, że autor już nie tak często był zmuszonym uciekać się do hypodermoklizy.

W okresie trzecim reakcyi, tak zwanéj durzycy cholerycznéj, pierwszem zadaniem jest nagromadzone a szkodliwe produkty przemiany materyi wydalić, a najlepszym do tego środkiem jest doprowadzanie wielkiéj ilości wody: tkanki należy wymywać, krew przeplukiwać. Z tego powodu zaleca C. podawanie świeżéj wody z domieszką wina, szampana, dobrego piwa bawarskiego, herbaty lub kawy w małych ilościach a często, naturalnie, jeżeli wymioty lub biegunka zupełnie już ustały. Ponieważ jednak tą drogą niedostateczną ilość wody wprowadzić można, przeto musimy się znowu uciekać do enteroklizy i hypodermoklizy, szczególnie jeżeli z powodu wymiotów do żołądka płynów wprowadzać nie można. Wobec utrzymującego się rozwolnienia znowu enteroklizy z kwasu garbnikowego lub z kwasem solnym 3.0—5.00 : 1000 są zdaniem Cantaniego najracyjonalniejszym i najbardziéj skutecznym środkiem. W razie obniżonéj alkalescencyi krwi stosuje C. enteroklizy z roczynu soli kuchennéj 10—15 gr. soli na litr wody.

Z szczepień ochronnych przeciw cholerze nie spodziewa się Cantani pomyślnych wyników, gdyż przeciw jéj skuteczności przemawia doświadczenie. Albowiem nawet jednorazowe przebycie cholery nie chroni od powtórnego nabawienia się jéj — autor obserwował chorych, którzy w ciągu 3 miesięcy trzykrotnie zapadali na cholerę aż do *stad. algidum*, a za trzecim razem jéj ulegli — tem mniéj można się spodziewać od szczepień ochronnych odporności przeciw zakażeniu się. *(Berl. kl. Wschrft.* Nr. 37).

Merke: Postępowanie z dejekcyjami chorych cholerycznych w miejskim szpitalu w Moabit-Berlinie

i Guttmann: Badania bakteryjologiczne gotowanych odchodów.

Do dnia 7 września postępowano z wydalinami cholerycznemi podobnie jak z wydalinami innych chorych na chorobę infekcyjną, tj. mięszano je w osobnym zbiorniku z mlekiem wapiennem, zanim je wrzucono do wspólnego kanału. Dowiedziawszy się na posiedzeniu Tow. lekarzy berlińskich

od Virchowa, że w Petersburgu gotują odchody cholerycznych, zaprowadził Merke, dyrektor szpitala miejskiego przygotowanego do przyjęcia chorych na cholerę, i w szpitalu tym gotowanie dejekcyj cholerycznych zmięszanych z mlekiem wapiennem w ten sposób, że przez zbiorniki, w których ta mięszanina się znajdowała, przepuszczano parę wodną. Ponieważ jednak podczas gotowania wywiązywała się nader obrzydliwa woń, zastąpiono mleko wapienne nadmanganianem potasowym, który i w tym przypadku okazał się bardzo dobrym środkiem odwaniającym. $^1/_2$ litra 5% rozczynu nadmanganianu potasowego znosi zupełnie woń odchodów.

Badania bakteryjologiczne Guttmanna wykonane za pomocą szczepień hodowli płytowych wykazały, że odchody choleryczych po zagotowaniu przez przeciąg 1—2 minut sterylizują się zupełnie.

Merke przekonawszy się, że gotowanie jest najlepszym środkiem desinfekcyjnym, baczny na to, jak ważnem jest niszczenie bakteryj znajdujących się w wydzielinach i wydalinach osób zapadłych na choroby zakaźne ze względów ogólno higijenicznych, zaprowadził podobną desinfekcyję przez gotowanie we wszystkich oddziałach swego szpitala, aby mieć możność dokładnego odwietrzania wszystkich zaraźliwych wydalin i wydzielin (np. stolców tyfusowych, plwocin gruźliczych itd.), zanim takowe dostaną się do wspólnych kanałów.

Naszem zdaniem jestto rzecz nader ważna i godna naśladowania, a jest szczególnie łatwą do wykonania w tych zakładach, w których rozporządza się parą, tj. posiadających parową kuchnię, łaźnię i t. d. (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 38).

Z polecenia Ministerstwa spraw wewnętrznych najwyższa Rada zdrowia we Wiedniu wydała orzeczenie o nowych środkach desinfekcyjnych, które ogłosiła w dodatku do pisma *„Das österreichische Sanitätswesen“*. Z orzeczenia tego wynika, że wielką część środków przeciwgnilnych z powodu działania trującego należy z powszechnego użytku wykluczyć; do tych należy także żrący sublimat. Na zarodniki przeważnéj części bakteryj wszelkie środki chemiczne nie wywierają żadnego wpływu. Na szczęście jednak należy prątek przecinkowy wywołujący cholerę do najsłabszych mikrobów tak, że przeciw niemu posiadamy stosunkowo wielki wybór środków. Do wszystkich zmywań, które potrzebne są w przypadkach cholery, można śmiało używać 2% rozczynu zwykłych środków (kw. karbolowego i i.), a do desinfekcyi odchodów, dołów kloacznych najlepszym środkiem jest chlorek wapna (1%). Znakomitym środkiem, którego wszędzie dostać można, jest woda wapienna, względnie mleko wapienne. Mniéj polecenia godne są ługi żrące i węglany alkaliów. Mydło potasowe jest wobec prątka przecinkowego bezskutecznem Nadto można przeciw jadowi cholerycznemu używać kwasów mineralnych ($^1/_4$—$^1/_2\%$); bardzo nadaje się mięszanina kwasu solnego, siarkowego i karbolowego, która należy do najsilniejszych środków desinfekcyjnych.

Z nowszych środków wymienia Rada zdrowia kreolinę Pearsona, która jednak jest środkiem niepewnym, natomiast kładzie nacisk na silne działanie lysolu, którego 1% rozczyn wystarcza do zabicia prątka przecinkowego, jest on zatem silniejszy niż kwas karbolowy. Lysol składa się przeważnie z obojętnego mydła potasowego, z wody (8—10%) i kreosotów (koło 50%), rozpuszcza się w wodzie destylowanéj łatwo, w wodzie zwyczajnéj strąca mydło wapienne. Ponieważ nie posiada stałego składu, poddała firma (Schülke & Mayr) produkująca ten wytwór, takowy stałéj kontroli, którą wykonywają w Niemczech Engler, Schottelius i Schmitt, a w Austryi Gruber. Ten ostatni bada co roku 24 próbek lysolu, wziętych bez wiedzy firmy z różnych handlów. Według badań prof. Grubera, których wyniki przedstawił w r. z. na VII międzynarodowym Zjeździe higijenistów w Londynie, zabija 2% rozczyn lysolu najsilniejsze hodowle *staphylococcus aureus* w przeciągu 30 sekund, działa więc tak silnie jak 3% rozczyn karbolu. Lysol posiada przedewszystkiem dzięki zawartości mydła w wysokim stopniu własność oczyszczania i z tego powodu nadaje się szczególnie do mycia rąk, oczyszczania bielizny, podłóg itd., nadto nie jest tak trujący jak kwas karbolowy i nie posiada własności żrących. Prócz tego wymienia N. Rada zdrowia dwa przetwory; solweol i solutol, których działanie ma być prawie takie jak lysolu, jednak badania nad temi środkami są jeszcze bardzo skąpe. *Dr. Beck.*

Neumann (Berlin): **Hypodermoklizy w cholerze.**

Wskazaniem do hypodermokliz jest znaczna utrata wody w ustroju, objawiająca się zniesieniem sprężystości i prawidłowego napięcia skóry. Wstrzykiwać należy wielkie ilości płynu fizyjologicznego ($0{\cdot}7\%$ rozczyn wodny soli kuchennéj czyli na litr wody kopiatą łyżeczkę soli), a to u dzieci małych 100—300 gr., u dorosłych 1000—1500 gr. Już wkrótce po zastrzyknięciu tętno się skrzepia lub powraca, a szczyt działania uwidocznia się w kilka godzin dopiero po zastosowaniu hypodermoklizy. Jeżli skutek okazuje się przemijającym, nie wahać się w powtórzeniu po raz drugi i trzeci injekcyi. W braku odpowiednich przyrządów wystarczy na samowarze zagotować wodę celem wyjałowienia jéj i rozpuścić w takowéj stosowną ilość soli kuchennéj. Następnie na szyjkę samowaru, przez którą zwykle wodę się wypuszcza, nasadzić należy rurkę elastyczną długości $1^1/_2$ metra. Zwykłym trójgrańcem należy przebić skórę aż do tkanki podskórnéj, np. na brzuchu, trójgraniec ustawić równolegle do powierzchni skóry i teraz połączyć go z wolnym końcem rurki elastycznéj od samowaru. Samowar należy w wysokości jednego metra ustawić nad chorym i w ten sposób płyn będzie wpływać pod skórę. Płyn powinien być ogrzanym przynajmniéj do ciepłoty ustroju, t. j. 37° C., jakkolwiek przy obniżonéj ciepłocie ciała chorego wskazanem jest wstrzykiwanie płynu do 40 a nawet 42° C. ogrzanego. Rozumie się samo przez się, iż tak trójgraniec jak i rurka elastyczna musi być poprzednio należycie odrażoną rozczynem 5% kwasu karbolowego. (*Aerztl. L. Anz.* Nr. 27, 1892).

Prof. Magnarape (Neapol): **Zastosowanie zimna i niektórych leków w cholerze azyjatyckiéj.**

M. podaje w krótkiéj rozprawie wydanéj w r. 1886 wyniki leczenia cholery azyjatyckiéj zimnemi kompresami. Sposób ten wyrozumował M. teoretycznie. Jelita są dotknięte w przypadkach cholery czynnem przekrwieniem, które działa podrażniająco na nerwy, zwoje i mięśnie ścian jelitowych, skutkiem czego przychodzi do wzmożenia ruchów robaczkowych a tem samem do biegunki. Równocześnie prątki przecinkowe rozmnażając się, niweczą przyblonek błony śluzowéj jelit; skutkiem obumarcia i złuszczenia przybłonka powstają powierzchowne owrzodzenia. W miejscach owrzodzeń treść jelita działa silniéj drażniąco niż na ściany nienaruszone i w ten sposób przychodzi również przez żywszą peristaltykę jelit do biegunek. Zupełnie zresztą analogicznem do wystąpienia biegunek przy owrzodzeniach jelit jest wytworzenie się ślinotoku przy owrzodzeniach jamy ustnéj.

Z téj tedy zasady wychodząc, iż przekrwienie czynne ścian jelitowych i owrzodzenia tychże są przyczyną biegunek, stosuje M. okłady z wody lodowéj przez cały czas trwania choroby a nawet w okresie reakcyi. Następnie skazuje chorego na ścisłą dyjetę wodną, dozwalając obok używania napojów pobudzających alkoholowych, jedynie tylko wody lodem oziębionéj z dodatkiem białka kurzego. Z leków używa *magist. bism.*, *tinct. opii* i kreosotu. Wyniki autora miały być zachęcającemi. (*Aerztl. L. Anz.* Nr. 27, 1892).

Barth: **Pomysł odnoszący się do leczenia cholery.**

B. wychodząc z założenia, że w przypadkach cholery głównie należy się starać, aby ustrojowi dostarczyć jak najwięcéj płynów, a podawanie ich *per os* i *per rectum* jest bezskuteczne z powodu ciągłych wypróżnień i wymiotów, radzi wprowadzać fizyjologiczny a należycie wyjałowiony rozczyn soli kuchennéj do pęcherza moczowego. Zdaniem jego dlatego w pęcherzu albo wcale się nie znachodzi przy sekcyi lub w bardzo tylko skąpéj ilości mocz wysycony, ponieważ ustrój łaknący wodę, chłonie takową z moczu w pę

cherzu a nawet w moczowodach. Błona śluzowa pęcherza chłonie wodę, a tylko składniki organicznych i mineralnych związków pozostawia nietkniętemi. B. sądzi, że jeźli poważano się płyny w jamę otrzewnową zastrzykiwać, to tem śmielej można wstrzykiwania te do pęcherza wykonywać a być może, że tem postępowaniem zapobiegnie się także zapaleniu nerek, które bardzo często po przebytej cholerze staje się przyczyną śmierci. *(Deut. med. Wschrft.* Nr. 36 1892).

Mendel i Simon z Hamburga donoszą, iż niezależnie od spostrzeżeń dokonanych w Paryżu, zauważyli wielką skuteczność kokainy w wstrzymywaniu wymiotów, również i wypróżnień w cholerze. Stosują oni w cholerynie i cholerze, lecz nie w okresie jéj zamartwiczym, z doskonałym wynikiem kokainę według następującego przepisu:

Rp. *Ac. muriat. dil.* 2,00
Cocaini muriat. 0,12
Trae opii simpl. 2,00
Aq. dest. 170,00
Syr. simpl. ad 200,00

MDS. Co godzina aż do ustania wymiotów a następnie co 2 godziny aż do zmniejszenia się biegunki po łyżce stolowéj lekarstwa lodem oziębianego. (*Deut med. Wochschrft.* Nr. 36, 1892).

Munk: **Zastosowanie kreoliny Pearsona w cholerze.**

M. powołując się na zdanie Gronemana zachęca do stosowania wewnętrznego kreoliny Pearsona w przypadkach cholery. M. używa kreoliny już od kilku lat w durze brzusznym z bardzo pomyślnym skutkiem. O skuteczności kreoliny w przypadkach cholery sądzi na zasadzie dwóch przypadków znacznie nasilonéj choleryny, z których w jednym chory sam zażył łyżeczkę od kawy kreoliny, w drugim M. przez pomyłkę zamiast z nastoju makowca, dał 10 kropli kreoliny na cukrze. Chory uskarżał się na przykrą woń kropli, wkrótce jednak lek zaczął zachwalać, doznając po nim znacznéj ulgi. M. zaleca kreolinę również w rozczynach do przepłukiwania ust, jako środek zapobiegawczy w czasie epidemii. W tymże samym celu zaleca proszek do czyszczenia zębów, wedle poniżéj podanéj formułki. Proszek ten czyści i wybiela zęby a nadto znakomicie chroni przed próchnieniem. Sposób zapisania proszku jest następujący:

Rp. *Pulv. conch. marin.* 50,00
„ *cort. Chin. reg.*
„ *Catechu*
„ *Cinnamom.*
„ *Caryophill. āā* 5,00
„ *rad. Ir. flor.* 15,00
adde:
Kreolini puris. Pears. 2,00
Sacch. albi 10,00
Ol. menth. p. gtts. viginti.

S. proszek do zębów. *(Aerztl. L. Anz.* Nr. 26, 1892).

Hampl: **Przyczynki do sposobów leczenia cholery.**

H. niósł pomoc chorym w czasie gwałtownéj epidemii cholery w r. 1866. W okręgu jego pomór był tak znacznym, iż 70% ludności mu ulegało. H. podaje, iż jeden z licznych chorych, opuszczony przez niego w okresie zamartwiczym, wypił celem ugaszenia pragnienia kwas z kapusty kwaszonéj w znacznéj ilości. Nazajutrz znalazł H. tego chorego w stanie tak pomyślnym, iż w krótkim czasie uzyskał tenże zupełne zdrowie. Nadto podaje H., iż 4 jego pacyjenci wypili w okresie zamartwiczym cholery (*st. algidum*) w celu ugaszenia pragnienia, bez jego wiedzy znaczną ilość mocno skwaszonego piwa. Wszyscy, którzy kwasu tego użyli, oparli się chorobie, a nadto reakcyja u nich była słabą, wydzielanie moczu prawie nie upośledzonem. W innym znowu przypadku uratował ojciec żonę swą i troje dzieci podając im gorącą wodę celem ugaszenia pragnienia. H. skorzystał z tego doświadczenia i już przy schyłku epidemii podawał swym chorym gorącą i mocno kwaśną limoniadę w znacznéj ilości, ponadto co godzina dorosłym po 20 kropli *trae opii simpl. 5,00, aether acet. 15,00.* Leczenie tym sposobem obok kąpieli dawało autorowi pomyślne wyniki. H. sądzi, że kwasy wszelkie są dobremi środkami w leczeniu cholery, zwłaszcza iż takowe zabijają przecinki Kocha nietylko w żołądku, lecz wobec tego, iż żołądek w cholerze ma znacznie upośledzoną zdolność chłonniczą, jeźli są w znacznéj ilości użyte przechodząc do jelita tutaj również zabijają prątki przecinkowe. H. sądzi, że sposób ten leczenia połączony z enteroklizami Cantaniego byłby najodpowiedniejszym dzisiaj i najskuteczniejszym. (*Aerztl. L. Anz.* Nr. 26, 1892).

(Śp. Dr. Ożakiewicz opowiadał mi o następującym przypadku z własnéj praktyki w czasie epidemii cholery w r. 1873. Rodzina wiejska złożona z ojca, matki i 3-ga dzieci, zmarła mimo leczenia. Dwoje pozostałych dzieci, brat i siostra w wieku od 16 do 18 lat, zapadłszy na cholerę, dręczeni pragnieniem, zjedli znaczną ilość owoców niedojrzałych kwaśnych. Po uraczeniu się niedojrzałym owocem w krótkim czasie groźne objawy ustały i chorzy szybko do zdrowia wrócili.)

Dujardin-Beaumetz zaleca przeciw wymiotom obok połykania kawałków lodu, napoje burzące z CO_2 albo

Rp. *Tinct. Valer* 5.00
Laudan. liqu. Sydenh. 1,0
Liqu. Hoffmanni 5,00
Ol. menth. pip. gtts. V.
S. wedle potrzeby po 20 kropli.

Botkin stosował jako środek zapobiegawczy chininę w rozczynach alkoholowych jako likier chininowy, również podskórnie wedle przepisu:

Rp. *Chinin. hydrochlor* 1,00
Acid. muriat. gtts. V
Aqu. dest. 4,00
S. kilka razy dziennie jednę strzykawkę zastrzyknąć.

(*Wien. med. Presse*, Nr. 35, 1892). *Dr. Wachholz.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie III. z dnia 23 kwietnia 1892 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 12.

1) Przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o dobrym stanie krów i służby stajennéj w miesiącu marcu i kwietniu w mleczarniach w Gnojniku, Grodkowicach i Śledziejowicach.

2) Upoważniono sekretarza do ułożenia i ogłoszenia spisu lekarzy polaków praktykujących w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych i zagranicznych.

3) Opinię o wodzie kreozotowéj odłożono aż do sprawozdania zawodowych dentystów, których zdania zasięgnąć uchwalono.

4) Omawiano warunki chemiczne i bakteryjologiczne, jakie posiadać winna dobra woda sodowa, którąby liczyć mogła na polecenie ze strony komisyi.

5) Wybrano podkomisyję (Dr. Śliwiński, prof. Bandrowski i mag. farm. Sobierajski), któraby na miejscu zbadała sposób fabrykacyi miodów leczniczych przez jednego z miejscowych aptekarzów rozpoczętéj.

6) Załatwiono odmownie podanie o zalecenie trykotów jedwabnych wyrobu jednéj z fabryk zagranicznych a to z powodu, że komisyja powołaną jest jedynie do oceniania i popierania przetworów krajowych.

7) Wysłuchano sprawozdania prof. Trochanowskiego z najnowszego rozbioru wód iwonickich: „Piewszy rozbiór wód mineralnych iwonickich wykonany został przez B. Torosiewicza r. 1839. Po należytem uporządkowaniu zdrojów w r. 1865 przeprowadził A. Alexandrowicz zupełny tychże rozbiór, którego rezultaty ogłoszone zostały w r. 1866. W dziesięć lat późniéj wykonał znów prof. Dr. Radziszewski zupełny rozbiór, który tylko mało znaczące wykazuje różnice od poprzednich.

„Przy poszukiwaniu nafty w r. 1890, w odległości 370 m. od zdroju „Karola“, w głębokości 376 m., zamiast ropy trysnęła obficie woda słona. Po przeprowadzeniu rozbioru tėj wody w kierunku składników głównych okazało się, że woda z nowo odkrytego zdroju nazwanego „Emma“, składem chemicznym zbliża się zupełnie do zdroju „Karola“. — W r. 1891 zawezwał zakład prof. Trochanowskiego do Iwonicza i polecił mu wykonanie wszechstronnego rozbioru wody ze zdroju Emmy, Karola i Amelii. Rezultaty rozbioru zebrał prof. Trochanowski w tabelę porównawczą z poprzednio wykonanemi rozbiorami, a dla jednostajności rezultaty wszystkich rozbiorów podał w gramach na 100 grm. wody, z przeliczeniem węglanów obojętnych na dwuwęglany. Z rozbioru wody ze zdroju Karola okazuje się, iż w przeciągu ostatnich lat 17 zaszły w składzie chemicznym nieznaczne różnice, natomiast zdrój Amelii wykazuje najwybitniejsze różnice na korzyść tego zdroju. Ilość składników stałych zwiększyła się z 8·82 grm. na 10·14 grm., mianowicie co do ilości chlorku sodowego (6·74 Dr. Radziszewski, 7·92 prof. Trochanowski), jakoteż zwiększyła się ilość wolnego bezwodnika węglowego (0·28 Dr. Radziszewski, 0·53 Trochanowski). Woda ze zdroju Emmy jest zupełnie przeźroczysta, bezbarwna; smaku przyjemnie słonego, silnie perełkuje przy kłóceniu, zawiera bowiem obok bezwodnika węglowego istotnie wolnego 0·601, znaczne ilości metanu (gazu bagiennego) 0·069. Ciepłota jėj wynosi 12° C., cięż. gat. 1·010018. Wydajność zdroju okazała się nader obfita, w przybliżeniu na dobę przeszło 375 hektolitrów, która to ilość jest zupełnie wystarczającą na kąpiele. Rezultaty chemicznego rozbioru z uwzględnieniem wszelkich składników wykazują, iż zdrój Emmy przewyższa zdrój Karola i Amalii pod względem ilości składników stałych, których wykazuje 12·0 grm. (Karola 10·8, Amalii 10·14), w składnikach stałych pierwsze miejsce zajmuje chlorek sodu 9·5 grm. (Karola 8·2, Amalii 7·9). Co do ilości wolnego bezwodnika węglowego stoi na równi ze zdrojem Karola (Emma 0·601, Karola 0·62, Amalii 0·53) zawiera tylko mniejsze ilości jodku i bromku sodowego od wody ze zdroju Karola.

„W końcu przedstawił prof. Trochanowski tabelę porównawczą wód mineralnych iwonickich z innemi wodami krajowemi i zagranicznemi podobnego składu“.

Sprawozdanie to przyjęto do wiadomości i uchwalono wyrazić Zarządowi zdrojowemu uznanie za częste powtarzanie rozbiorów chemicznych i dbałość o zdrojowisko. Zarazem uchwalono zwrócić uwagę Zarządu zdrojowego, że cena wody iwonickiėj, we flaszkach rozsełanėj, jest za wysoką i że wypadałoby ją obniżyć tak w interesie chorych jakoteż i zdrojowiska.

Sekretarz komisyi *Dr. Michał Śliwiński.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. Brouardel: Nowy system sanitarny uniemożliwiający wtargnięcie cholery kanałem Suezkim do Europy.

Wenecyja ustanowiła już w XV wieku system mający zapobiegać wtargnięciu chorób zakaźnych, głównie zaś cholery z Azyi do Europy. System ten polegał na bezwzględnem poddawaniu okrętów przybywającym z Azyi kwarantannom. Z biegiem atoli czasu, gdy ruch nawigacyjny między Azyją a Europą wzmógł się znacznie, system ten okazał się niewykonalnym. Komisyje sanitarne międzynarodowe obradujące nad tą piekącą sprawą w Paryżu 1851 r., w Konstantynopolu 1866, w Wiedniu 1874 i w Rzymie 1885, nie zaradziły złemu, gdyż, jak zwłaszcza ostatnia, stworzyły system protekcyjny pod przeważnym wpływem Anglii. Zasadą systemu tego było zatrzymywać okręty wiozące chorych lub wogóle cholerą zagrożone w portach kanału suezkiego i poddawać je kwarantannom celem dokładnėj desinfekcyi. Gdy jednakowoż na straży wykonywania tego systemu stojący „*Conseil sanitaire international d'Alexandrie*“ powołany do życia przez Mehemeta-Alego przepisy te stosowała tylko do okrętów mocarstw nieuprzywilejowanych a okrętom angielskim głównie szlak ten przepływających (na 100 okrętów przez Suez przepływa 80 angielskich) dawała wolną przepustkę, groźba pomoru nie przestała wisieć nad Europą i nawiedzała ją w istocie, czego dowodem ostatni pomór w Hiszpanii.

W roku bieżącym zebrała się w zimowych miesiącach ponownie komisyja sanitarna w Wenecyi, która za przemożnym wpływem delegatów rządu francuskiego a poparta przez inne mocarstwa, przez ewentualne nałożenie twardych warunków zmusiła Angliję do zgodnego głosowania za nowym systemem, opracowanym przez wysłańców francuskich. Delegacyja francuska składała się z prof. Brouardela, Prousta, Catelana i pełnomocnika ministeryjalnego p. Barrère.

System nowy opiera się na następujących paragrafach: Okręty zdążające do Europy z dalekiego Wschodu, nie nawiedzone wcale w ciągu podróży cholerą, mają wolny przejazd przez Suez do Europy. Okręty nawiedzone cholerą, na których jednak od siedmiu dni przed zbliżeniem się do Suezu nie zaszedł żaden podejrzany przypadek, jeźli posiadają lekarzy i przyrządy odrażające, mogą przepłynąć Suez z warunkiem bezwzględnėj kwarantanny. Toż samo okręty nie posiadające między załogą lekarza a również przyrządu do desinfekcyi, będą zatrzymane przed wpłynięciem do kanału. Okręty, których załoga jest nawiedzona cholerą lub na których zaszedł przypadek cholery na krótszy czas niż siedm dni przed wpłynięciem do kanału, będą również zatrzymane celem dokładnėj desinfekcyi i złożenia chorych w ogólnėj kwarantannie u źródeł Moïs utworzonėj.

Jako władzę wykonawczą powołuje się na nowo „*Conseil sanitaire d'Alexandrie*“ do życia, z tą jednak korzystną zmianą, iż w jėj skład nie jak dawniėj 9 członków rządu egipskiego lecz 4 tylko wchodzić będzie, reszta członków powołaną będzie z różnych mocarstw. Stacyja sanitarna u źródeł Moïs będzie posiadać 4 lekarzy europejskich, szpital o 12 łóżkach i przyrządy desinfekcyjne wypróbowanėj dobroci. System ten zatem został przyjęty i już w życie wprowadzony.

W końcu konferencyi weneckiėj wyraziła francuska delegacyja życzenie, aby podobne ostrożności zaprowadzić w zatoce perskiėj, na granicy Indyj i Rosyi, a Europa raz na zawsze pozbędzie się z nad swėj głowy groźnego miecza Damoklesa. *(Sur le système sanit. adopté par la conférence* itd. *Académie des sciences Séance du 20 juin 1892. Gaz. méd. de Paris,* Nr. 36). *Dr. Wachholz.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 września. N. Pan zamianował docenta prywatnego Dra Jędrzeja Walentowicza nadzwyczajnym profesorem weterynaryi w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* P. Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych zamianował na rok szkolny 1892/3 dla rygorozów lekarskich w Uniwersytecie Jagiellońskim następujących funkcyonaryjuszów: komisarzem rządowym prof. Domańskiego, jego zastępcą prof. Rydla; koegzaminatorem przy drugiem rygorozum lekarskiem prof. Macieja Jakubowskiego, jego zastępcą Dra Augusta Kwaśnickiego; koegzamitorem przy trzeciem rygorozum lekarskiem docenta Dra Trzebickyego, jego zastępcą docenta Dra Bossowskiego.

Przy egzaminach farmaceutycznych zamianowani zostali na r. 1892/3 następujący funkcyjonaryjusze: 1) w Uniwersytecie Jagiellońskim: egzaminatorami przy egzaminach wstępnych: z fizyki prof. Witkowski, z botaniki prof. Rostafiński, z chemii ogólnėj prof. Olszewski i nadzw. prof. Schramm. Przy rygorozum farmaceutycznem: komisarzem rządowym fizyk powiatowy i docent Dr. Stanisław Ponikło, a jego zastępcą fizyk miejski Dr. Jan Buszek; egzaminatorami: z chemii ogólnėj i farmaceutycznėj prof. Olszewski, z farmakognozyi prof. Lazarski, koegzaminatorem zaś aptekarz Fortunat Gralewski, a jego zastępcą aptekarz Stockmar; 2) w Uniwersytesie we Lwowie: egzaminatorami przy egzaminach wstępnych: z fizyki prof. Fabian, z botaniki prof. Ciesielski, z chemii ogólnėj prof. Radziszewski. Przy rygorozum farmaceutycznem egzaminatorami: z chemii ogólnėj i farmaceutycznėj prof. Radziszewski, z farmakognozyi docent Dr. Niemi-

łowicz, koegzaminatorem zaś aptekarz Kochanowski, a jego zastępcą aptekarz Piepes.

* Obawy, którym przed tygodniem musieliśmy dać wyraz pod względem pojawienia się u nas cholery, na szczęście okazały się przesadzonemi. Stan zdrowia nietylko w Krakowie i w najbliższem otoczeniu miasta, ale i w całym kraju jest tak dobrym, że wielu zaczyna powątpiewać, czy wogóle była cholera u nas, a w każdym razie faktem jest, że jéj obecnie niema ani u nas, ani nigdzie w kraju. Wobec tego pomyślnego położenia i pomiędzy lekarzami tutejszymi powstała wątpliwość, czy wogóle istniała cholera w Krakowie; przebieg bowiem nad wszelkie oczekiwanie pomyślny każe jednym przypuszczać, iż kilka przypadków, o których doniesiono, a które zrazu tyle hałasu narobiły były, nie były wcale cholerą azyjatycką, a środki zarządzone przez władze z dotkliwą szkodą materyjalną dla mieszkańców tutejszych były zbyteczne, — podczas kiedy drudzy, polegając na badaniu bakteryjologicznem, przypuszczają, że było rzeczywiście kilka przypadków cholery azyjatyckiéj, lecz że cholera w samym zawiązku przytłumioną została, dzięki energicznym zarządzeniom władz. Jedni i drudzy zaś sądzą, że obostrzenia zarządzone już nie mają racyi dłuższego trwania, a wyrazem tych zapatrywań stała się Rada miejska, która na ostatniem swem posiedzeniu uchwaliła zanieść prośbę do p. Namiestnika o cofnięcie tych obostrzeń i zapobieżenie dalszym szkodom materyjalnym, które mieszkańcom Krakowa dotkliwie czuć się dają. Bądź jak bądź, możemy dziś z prawdziwą przyjemnością zapisać, że nietylko w Krakowie, ale nigdzie w całym kraju w téj chwili cholery niema, a polegamy pod tym względem na doniesieniach urzędowych z Namiestnictwa, od kilku dni w pismach codziennych podawanych, jakoteż w szczególności na biuletynach p. fizyka m. Krakowa, z których ostatni opiewa jak następuje:

„Od godziny 8 rano we wtorek dnia 27 września do godziny 8 rano we środę dnia 28 września b. r. nie zapadł nikt na cholerę.

„Dotychczas zachorowało w Krakowie na cholerę 12 osób. Mieszkańców Krakowa 10, z Podgórza 2. Dwa przypadki były śmiertelne, ostatni w poniedziałek d. 19 września b. r. Wyzdrowiało 4. Pozostało w szpitalu św. Łazarza 2, w szpitalu cholerycznym OO. Bonifratrów 4 razem 6 w okresie ozdrowienia".

I gazety wiedeńskie, które z przesadą wielką biły w alarm, przedstawiając Kraków i kraj cały jako zapowietrzone, od paru dni dają sygnał do odwrotu, napominając korespondentów swoich do ostrożności i nie odmawiając przyjęcia sprostowań, pochodzących z kraju jakoteż od prof. Weichselbauma, na którego sprawozdaniu niby polegały. Tymczasem i ostatni zwraca uwagę, że sprawozdanie swoje, przedłożone najwyższéj Radzie sanitarnéj we Wiedniu, niebawem ogłosi, a takowe okaże się niezgodnem z wiadomościami przez dzienniki polityczne wiedeńskie podawanemi.

* Świeżo ogłoszony zeszyt 13 *„Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj"* wydawanych pod redakcyją prof. Dra Korczyńskiego, zawiera pracę doc. Dra Trzebickyego: „O chirurgicznem leczeniu chorób płuc i opłucny". Rozprawa ta objętości przeszło 4 arkuszy druku, powinna być przyjęta przychylnie tak przez chirurgów zawodowych, jakoteż przez niespecyjalistów. Przedstawia ona w sposób treściwy i dla każdego lekarza zrozumiały współczesne stanowisko nauki i podaje wskazówki praktyczne po największéj części na własnem doświadczeniu autora oparte, w których przypadkach i w jaki sposób używać należy zabiegów operacyjnych w chorobach płuc i opłucny.

* Kursy z chemii lekarskiéj i medycyny sądowéj dla pp. kandydatów fizykackich rozpocznie w pierwszych dniach październik b. r. asystent przy katedrze medycyny sądowéj.

* W tygodniu 37-ym (od 11—17 września) było w Krakowie małżeństw 19, urodzeń 53, skonów 37, z tych z nieżytu żołądka i jelit 8, z gruźlicy 5, z dławca i błonicy 3, z cholery 1, z duru brzusznego 1.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Do Nru niniejszego dołącza się ogłoszenie fabryki termometrów E. Hildebranda w Halli n S. — oraz Cennik fabryki przetworów leczniczo-farmaceutycznych Dobrowolskiego.

L. 2717.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowéj w Cieszanowie ogłasza niniejszem na mocy §. 8 ustawy z dnia 2 lutego 1891 (Nr. 17 dz. u. kr.) tudzież na podstawie postanowienia Wys. Wydziału krajowego z dnia 9 sierpnia 1892 l. 38,180, wydanego w porozumieniu z Wysokiem c. k. Namiestnictwem konkurs celem obsadzenia posady okręgowego lekarza w gminach Brusno nowe, Brusno stare, Chlewiska, Deutsefbach, Hużanieska, Huta stara, Kadłubiska, Lipsko, Lukowica, Narol miasto, Narol wieś, Nowiny horynieckie, Płaszów, Ruda różaniecka, Rudka, Wola wielka, z siedzibą w Narolu mieście z roczną płacą 600 złr. w. a. i ryczałtem rocznym na koszta podróży służbowych w kwocie 336 złr. w. a. — Chcący uzyskać tę posadę muszą prócz dostatecznéj fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryjackiego.

2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiéj.

3) Nieskazitelny charakter.

4) Znajomość języków krajowych.

5) Praktykę najmniéj dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim. Prócz obowiązków lekarza okręgowego, określonych bliżéj w instrukcyi wydanéj na zasadzie §. 14 powyż powołanéj ustawy przez Wys. c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wys. Wydziałem krajowym a umieszczonéj w Nrze 82 d. u. kr. z. p. 1891 spoczywa także na lekarzu okręgowym obowiązek utrzymywania apteki domowéj.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najpóźniéj do 10 października 1892. 108—3—3

Z Wydziału Rady powiatowéj

Cieszanów 6 września 1892. *Gnoiński*, prezes.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Przy Przemyskim szpitalu powszechnym opróżnioną została posada prymaryjusza z płacą roczną w ilości 900 złr.

Kandydaci do téj posady muszą oprócz dostatecznej fizycznéj zdatności posiadać następujące warunki:

1) obywatelstwo austryjackie,

2) stopień doktora wszech nauk lekarskich uzyskany na jednym z uniwersytetów austryjackich,

3) dwuletnią praktykę szpitalną, oraz poświadczenie, że wykonywali znaczniejsze operacyje,

4 dokładną znajomość języków krajowych,

5) nieskazitelny charakter tudzież wiek nie przekraczający 40 lat.

Podania co do powyższych wymogów należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu do końca września 1892. 109—2—2

Magistrat kr. woln miasta

Przemyśl dnia 9 września 1892. *Dworski.*



Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 8 Października 1892. Nr. 41.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra M. Madurowicza w Krakowie.

Włókniaki macicy i ciąża.

Przypadek wyłuszczenia włókniaków z następnem poronieniem i wyleczeniem

Podał

Dr. Aleksander Rosner,

II gi asystent kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 40.)

Przypadek obserwowany w klinice krakowskiéj, a zaliczony już do powyższego zestawienia, przedstawiał się jak następuje:

R. G., lat 30, zamężna, zgłasza się do kliniki dnia 24 maja 1892 r. Miesiączkowała dawniéj prawidłowo, zamężna od lat 12. Rodziła 5 razy, porody i połogi przebiegały prawidłowo. Ostatni poród w styczniu 1891. Karmiła przez 3 miesiące. W ośm miesięcy po porodzie wystąpiła regularność raz, w cztery miesiące potem drugi raz, od 4 miesięcy chora znowu nie miesiączkuje.

Powiększenie brzucha zauważono już podczas porodu w styczniu 1891, a babka obecna przy porodzie uważała guz za drugie dziecko. Guz ten rósł od tego czasu wolno, dopiero od kilku miesięcy powiększa się bardzo szybko. Przez dwa ostatnie tygodnie doznawała chora bólów w krzyżach, a przy zmianie położenia w łóżku zdaje się jéj, jakby się coś w brzuchu przewracało. Obecnie nie doznaje dolegliwości. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Badanie wykonane w dniu przyjęcia wykazuje: Osoba wzrostu słusznego, bez obrzęków koło kostek, odżywienie słabe, ciepłota i tętno prawidłowe. Sutki wiotkie, pomarszczone, żyły podskórne przeświecają. Zabarwienie obwódki ciemne, gruczoły łojowe Montgomeryego sterczące. Brodawki grube, pałkowate. Zrazy gruczołowe miernie wymacalne. Przy ucisku występuje bardzo mała ilość kleju.

Oglądanie. Brzuch nieregularnie wypuklony, więcéj nad spojeniem i po stronie lewéj, niż prawéj. Przez powłoki zarysowuje się kilka wypukleń, jedno między pępkiem a spojeniem, najwybitniejsze na 3 palce pod pępkiem, drugie mniejsze koło pępka, wielkości małego jabłka. Nadto powyżéj pępka zarysowują się jeszcze niewyraźne kontury dwóch guzów po stronie prawéj i lewéj. Linija środkowa nad i pod pępkiem zabarwiona, na skórze blizny poporodowe, pępek płaski. Okolice nadpachwinowe znacznie wypuklone.

Dotykanie. Powłoki skórne nad guzem po stronie prawéj więcéj napięte, niż po stronie lewéj, chude, dają się we fałd ująć i nad guzami przesuwać. Badając głębiéj czuć obrzęk nad spojeniem łonowem wielkości głowy męzkiéj, o powierzchni gładkiéj, elastyczny, jakby chełboczący; sięga on na 2 palce niżéj pępka, na lewo do *spina ant. sup.*, na prawo na 3 palce od linii środkowéj. Nad prawą pachwiną czuć obrzęk wsuwający się małym odcinkiem w miednicę małą, sięgający w górę aż w podżebrza, o powierzchni gładkiéj, elastyczny, w dole nieco miększy niż w górze, czasem jakby jędrniejący przy dotknięciu. Na krańcu prawym guz ten jest nieco twardszy. Między temi obrzękami tuż pod pępkiem jest guzek wielkości jabłka, złączony z poprzedniemi jakby szypułą. Tuż obok takiż guzek ruchomy, o ścianach napiętych, elastycznych. Na lewo od pępka i w górze (w podżebrzu) znów guz wielkości dużéj pięści, o tych samych cechach, co wyżéj opisane. Guzy są przy dotknięciu niebolesne. Odgłos wypukowy nad guzami stłumiony, w podżebrzu lewem bębenkowy. Ruchomość mała.

Wymiary. Od spojenia do pępka 20 ctm., do wyrostka mieczykowatego 39. Obwód przez pępek 94 ctm.

Badanie wewnętrzne. Wejście do pochwy szerokie, pochwa gładka, tylna ściana gorzéj do sąsiedztwa przyczepiona. Część pochwowa w prawidłowéj wysokości, na falangę długa, prawidłowéj zbitości. Ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami po bokach; do szyi, która ku górze się ścieśnia, można koniec palca włożyć. Ruchy guza brzusznego nie udzielają się palcowi, leżącemu w szyi. Dalszy ciąg macicy nie daje się napewne wykazać — zdaje się być w sklepieniu przedniem. Przedsionek ciemno-różowy, wejście do pochwy otoczone strzępami, szerokie. Pochwa, oglądana we wzierniku, ciemno-różowa, jéj tylna ściana gładka, na przedniéj *columnae rugarum*. Część pochwowa sino-różowa, ujście poprzeczne bez erozyi, błona śluzowa na części pochwowéj napięta. Mocz, jasny, czysty, zawiera ślądzik białka. Sonda maciczna metalowa Valleixa wchodzi w prawidłowym kierunku i wykazuje, że macica jest o 12 mm. dłuższą od prawidłowéj.

Rozpoznanie cierpienia wahało się między guzem jajnikowym a włókniakiem macicy. Dnia 30/V operacyja.

Prof. Madurowicz polecił mnie wykonanie tejże. Zabieg wykonałem przy łaskawej asystencyi szefa kliniki a nadto prof. Dra Marsa, doc. Dra Bossowskiego, Dra Cerchy i Dra Świtalskiego. Chorą należycie przeczyszczoną zachloroformowano. Pole operacyjne obmyto mydłem i sublimatem. Cięcie poprowadziłem w linii środkowej pod i nad pępkiem, na długość 20—24 ctm. Zauważono rozstęp mięśni prostych. Po otwarciu jamy brzusznej rozpatrzono się w topografii. Nad spojeniem guz wielkości macicy w 5 miesiącu ciąży, sinaworóżowy, od którego po obu bokach odchodzą prawidłowe części dodatkowe. Jest to, jak przypuszczano, macica powiększona, gładka, miękko-elastyczna, prawie chelbocząca. Części płodowych wykazać nie można. Od dna po stronie prawej, powyżej prawej trąbki odchodzi od macicy guz; jest on w miejscu odejścia tak gruby, jak ramię mężczyzny. Zaraz za miejscem odejścia przechodzi w guz, zajmujący całą jamę brzuszną. Ma on kształt fantastyczny, jest w kilku miejscach przewężony i zdaje się składać z trzech dużych guzów (jeden nad pachwiną prawą, drugi w podżebrzu prawem, trzeci w podżebrzu lewem), na których, na krótkich szypułkach siedzą dwa mniejsze guzki wielkości małych jabłek w okolicy pępka. Ponad pępkiem po stronie lewej przyczepiona do guza w dwóch miejscach sieć o grubych naczyniach. Jeden z tych zrostów podwiązano podwójnie jedwabiem i przecięto między ligaturami, drugi szerszy podwiązano z pomocą narzędzia Dechampa. Po oddzieleniu zrostów wytoczono guz przed powłoki. Teraz trzeba było rozstrzygnąć pytanie, czy powiększona macica jest ciężarna czy nie. *Graviditas an fibroma?* Z uwagi, że guz, odpowiadający macicy, był miększy od obrzęku nowotworowego, że okazywał niemal chelbotanie, a powierzchnia, kształt i umiejscowienie, jak niemniej stosunek części dodatkowych do guza, razem zebrane, stanowczo ciążę podejrzywać kazały, przystąpiono teraz do dokładniejszego badania. Badanie przez pochwę poucza: Pochwa rozpulchniona jest wyciągniętą ku górze i przylega do tylnej ściany spojenia łonowego, ponad którem czuć miękką, rozpulchnioną, na $^1/_2$ ctm. długą część pochwową, której ujście koniec palca łatwo przepuszcza. W sklepieniach nic wykazać nie można. Ponieważ ten wynik badania należało odnieść do okoliczności, że macica badana była wytoczona przed powłoki brzuszne, wsunięto ją przeto napowrót do jamy brzucha, wpuszczając w naturalne położenie. Równocześnie palec badający w pochwie wymacał położenie pochwy zmieniające się w prawidłowe, zaczem i część pochwowa niżej ułożona, o wiele dłuższą się okazała, gdyż długość jej wynosiła 2 ctm. — W sklepieniach, a najwyraźniej w tylnem, czuć dalszy ciąg miękkiej, rozpulchnionej macicy, która z guzem do jamy brzucha wpuszczonym, okazuje związek, jak to badaniem oburęcznem wykazać można. Na tej podstawie, nie przesądzając możności istnienia zbyt rozmiękłego włókniaka ściennego macicy, rozpoznano ciążę 5-miesięczną. Przemilczeć nam nie wypada, że poszukiwanie za częściami płodowemi, które w macicy w tym miesiącu bezpośrednio omacywanej, wyraźnie powinny się dać wykazać, dało wynik ujemny, co się znów tem tłómaczy, że wobec urazu, jaki rękoczyn sam stanowił, poszukiwanie części płodowych odbywało się bardzo delikatnie. Gdyby nadto nie okoliczność, że macica mimo urazu nie jędrniała (co się tłómaczy narkozą chloroformową), bylibyśmy rozpoznanie ciąży jako pewne uznali.

Wobec tych okoliczności woleliśmy przystąpić do wyłuszczenia guza z zachowaniem macicy, niż do amputacyi nadpochwowej. Dokoła nasady guza (tj. miejsca, w którem guz odchodził do macicy) założono ligaturę elastyczną. Z guza złuszczono szeroki rękawek (*manchette*) otrzewny, celem pokrycia ubytku po amputacyi; brzegi rękawka otrzewnowego uchwycono w kilku miejscach kleszczykami Billrotha-Péana. Następnie zaczęto oddzielać guz od macicy na tępo palcami lub zamkniętemi nożyczkami, co szybko uskuteczniono. W ten sposób wyjęto nowotwór z brzucha. Teraz usunięto ligaturę elastyczną i przystąpiono do zaszycia szerokiego ubytku w ścianie macicy. Użyto do tego celu szwu katgutowego ciągłego, którym zaszyto ranę w trzech piętrach. Dwa piętra w głąb zapuszczone łączyły zraniony miąższ macicy, powierzchowny Lembertowski łączył otrzewną, a mianowicie brzegi rękawka. Założono nadto kilka dodatkowych szwów, częścią Lembertowskich, celem dokładniejszego zespojenia otrzewny, częścią głębokich, celem zatrzymania krwawienia, które tu i ówdzie w linii szwów się pojawiało. Uskuteczniwszy to, odprowadzono macicę do brzucha, odszukano raz jeszcze części podwiązane sieci i poniżej podwiązek przypalono powierzchnię przekroju termokauterem Pacquelina. Kilku wacikami usunięto mierną ilość płynu przesączynowego (*ascites*) i pokryto trzewa brzuszne i macicę siecią. Jamę brzuszną zamknięto trzema piętrami szwów (1. szew otrzewnowy, katgutowy, kuśnierski, 2. cztery głębokie szwy jedwabne i 3. szew skórny, jedwabny, kuśnierski). Ranę zasypano jodoformem. Założono opatrunek przeciwgnilny, lekko uciskający.

Przebieg pooperacyjny nie pozostawiał w pierwszym tygodniu nic do życzenia. Najwyższa ciepłota wieczorna w dzień operacyi 38·1, najszybsze tętno 104. Piątego dnia sprowadzono wypróżnienie przez podanie oleju rącznikowego. Bólów żadnych chora nie doznaje. Sen i apetyt dobry. Przez pierwsze cztery dni opium w dosadnej dawce.

6/VI. Zmiana opatrunku. Wyjęto szwy głębokie. Rana zgojona doraźnie *(per primam)* na całej przestrzeni. Guz w brzuchu nie zmniejszył się.

Do dnia 10/VI przebieg niczem nie zakłócony. Wieczorem 10/VI podwyższenie ciepłoty do 38·0 bez dreszczu, chora zaczyna się żalić na bóle w brzuchu po stronie prawej, w miejscu odpowiadającem ranie macicy.

11/VI. Ciepłota rano 39·0, tętno 112, bóle po stronie prawej poniżej pępka dokuczliwe, powiększają się znacznie przy dotknięciu. Dyjeta ścisła. Stolce codzienne. Wieczorem ciepłota 38·6, tętno 128; bóle bardzo silne. Badanie wykazuje, że guz odpowiadający macicy powiększył się i sięga do pępka. Badanie przez pochwę poucza, że rozpulchnienie pochwy i części pochwowej jest znaczne. Część pochwowa na falangę długa, do szyi wchodzi palec — szyja walcowata, palec przechodzi przez ujście wewnętrzne i dochodzi do oporu miękkiego, elastycznego, który prawdopodobnie odpowiada jaju płodowemu. Podano opium wewnętrznie i w czopkach, w dosadnych dawkach. Koło godziny 6 wieczorem bóle, które nie okazywały żadnych cech bolów porodowych lub do poronienia, a pochodziły niewątpliwie od zadrażnienia otrzewny — przechodzą w typowe bóle porodowe z wyraźnemi skurczami macicy i pauzami. W pauzach istnieją bóle przy dotknięciu. Wśród tego część pochwowa zaczyna zanikać, a ujście rozwiera się. Godzina $10^1/_2$. Część pochwowa zupełnie zanikła. Godzina $11^1/_2$. Ujście całkiem rozwarte; jaje płodowe wypukla się do pochwy. Godzina 1 w nocy (dnia 12/VI). Całe jaje płodowe rodzi się. W czystych wodach płodowych widać płód odpowiadający rozwojem $5^3/_4$ m. c., żywy. Tak podczas, jak i po poronieniu żadnego krwawienia.

12/VI. Rano 37·2, 104; wieczór 38·3, 104. Połóg zaburzony lekkiem krwawieniem dnia 14/VI, po którem rozpoczęły się upławy nieco cuchnące. 14/VI wyjęto z jamy macicy duży skrzep; macicę przepłukano 2% rozczynem karbolu.

15/VI zauważono odleżynę w miejscu połączenia kości krzyżowej z ogonową. Przy odpowiedniem leczeniu zdołano sprowadzić szybko zagojenie się odleżyny.

Leczenie zakłócone było w końcu wytworzeniem się małego ropnia w lewej tkance okołomacicznej, który do d. 27/VI wywoływał gorączkę (do 39·3), dnia 27/VI otwarty, zgoił się zupełnie tak, że chora dnia 21/VII zupełnie wyleczona opuszcza klinikę.

Przypadek dopiero co opisany ma kilka ciekawych szczegółów, na które należy zwrócić uwagę. Przedewszystkiem ciąża nie była przed operacyją wcale rozpoznana, a nawet podczas operacyi rozpoznanie ciąży, acz bardzo prawdopodobne, nie było jednak pewne. Nie wspominałem dotąd nic o rozpoznaniu ciąży powikłanej włókniakami ma-

cicy, ażeby na tem miejscu nad pytaniem tem dokładniéj się zastanowić. Prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że rozpoznanie ciąży w tych warunkach, w pierwszych miesiącach jest bardzo trudne. Lefour[1] pisze: „*Pendant les premiers temps de la grossesse, alors que des signes absolus n'existent pas, nous ne saurions trop dire, combien les erreurs sont faciles*". Na udowodnienie tego twierdzenia przytacza cały szereg przypadków, w których ciąży powikłanéj włókniakami nie rozpoznano. W jednym z tych przypadków Depaul sondował kilkakrotnie macicę, nie rozpoznawszy naturalnie ciąży; w kilka godzin po ostatniem sondowaniu chora poronila. Meados[2]) w podobnym przypadku wykluczył na podstawie badania zgłębnikiem macicznym ciążę; w kilka dni po sondowaniu wystąpiło poronienie, a wkrótce potem śmierć. Péan[3]), którego przypadek rozpoczyna szereg konserwatywnych myomotomij w ciąży, nie rozpoznał ciąży przed operacyją. Nie rozpoznawszy ciąży przed zabiegiem operowali Rob. Barnes, Paterson, Granville, Bantock, Karstroem i Meredith[4]), wszyscy radykalnie (*amput. suprav. uteri gravidi*). W jednym z przypadków ciąży powikłanéj włókniakami, obserwowanych w klinice Schrödera, a opisanych przez Stratza[5]), wprowadzono do macicy zgłębnik w celach rozpoznawczych i wywołano poronienie; w drugim, opisanym przez tegoż autora, nakluto macicę trójgrańcem (rozpoznano haematometra) i w tym przypadku przyszło do poronienia.

Podobnych przykładów znalazłoby się przy dokładnem szukaniu niewątpliwie więcéj, ale i te wystarczą do stwierdzenia częstości pomyłek dyjagnostycznych, a co za tem idzie, trudności rozpoznania. Rozpoznanie pewne niczem nie powikłanéj ciąży w pierwszych miesiącach, a więc do czasu, w którym występują objawy pewne, t. j. tętno płodu, wymacywanie części płodu i ruchów, jest niemożliwe. Bywa ono bardzo prawdopodobne wtenczas, jeżeli obok siebie istnieje cały szereg objawów t. zw. domyślnych i prawdopodobnych. Z tych największe znaczenie przypisuje się brakowi regularności, powiększeniu macicy, rozpulchnieniu i zesinieniu części pochwowéj i zmianom w sutkach. W naszym przypadku nie można było przypisywać wielkiego znaczenia brakowi regularności. Chora podaje, że pierwszy raz miała regularność w 8 mies. po porodzie, drugi raz po czterech miesiącach, a od czterech miesięcy niema regularności. Brak regularności tylko wtenczas przyczynia się do rozpoznania i ułatwia je, jeżeli przedtem miesiączka występowała w prawidłowych odstępach czasu. U osób, które miesiączkują w pauzach czteromiesięcznych, nie wzbudza kilkomiesięczny brak regularności żadnych podejrzeń.

Powiększenie macicy nie dało się skonstatować dlatego, że wobec zmienionych stosunków topograficznych uważano macicę za guz nowotworowy. Część pochwowa podczas badania była prawidłowéj zbitości, jak to w przypadkach *metritis cervicalis gravidarum* się wydarza, a zesinienie części pochwowéj zdawało się też za *metritis* przemawiać. W końcu zmiany w sutkach, które były nieznaczne, wydarzają się często w przypadkach guzów jajnikowych i macicznych, i dlatego nie zwracano na nie uwagi.

---

[1]) l. c. — [2]) cyt. z Lefoura. — [3]) patrz Vogel l. c. — [4]) cyt. z Hausera l. c. — [5]) l. c.

Dziwniejszem może się wydać okoliczność, że jeszcze podczas operacyi nie rozpoznano z całą pewnością ciąży. Że ją rozpoznano z prawdopodobieństwem, wynika już z tego, że macicę zostawiono. Prawie wszyscy autorowie, opisując ciążę, powikłaną włókniakami, podają, że macica była znacznie miększa od nowotworów; w tem upatrują najważniejszy czynnik rozpoznawczy (Landau[1])). W naszym przypadku nie dało się to zużytkować do rozpoznania. Macica była wprawdzie nieco miększa od włókniaków, ale nieznacznie; nowotwór wodnisto-naciekły tak dalece, że na przekroju widać było przestrzenie napełnione cieczą przesączynową, był w dotknięciu również miękki. Niemożność wybadania części płodowych w macicy, omacywanéj bezpośrednio, i brak jéj skurczów, przyczyniały się, jak to już wyżéj zaznaczono, do chwiejności rozpoznania.

Drugim szczegółem, zasługującym w naszym przypadku na uwzględnienie, jest poronienie. Przyczyn, któreby mogły wzniecić poronienie, nie brak — szczególnie dwa zabiegi mogły łatwo stać się w tym względzie bodźcem. Mam tu na myśli badanie zgłębnikiem macicznym i zabieg operacyjny, który był bądź co bądź silnym dla macicy urazem. A przecież ani sondowanie ani zabieg operacyjny, jako taki, nie wznieciły poronienia. Szczegóły historyi choroby, wyżéj przytoczone, zdają się twierdzenie to usprawiedliwiać.

Co do sondowania, acz staje się ono często przyczyną wydalenia jaja (Meadows, Schröder, Depaul), to przecież nierzadkie są przypadki, w których pomimo wprowadzenia zgłębnika nie przerwano ciąży. Zweifel[2]) który z powodu błędu w rozpoznaniu sondował macicę ciężarną, był na tyle szczęśliwy, że tem nie wywołał poronienia: „*es bewiesen aber einige Wochen später die fötalen Herztöne, was ich sondirt hatte*" pisze autor. Również w wyżéj wspomnianym przypadku Depaula, po pierwszem wprowadzeniu zgłębnika upłynęło 6 dni spokojnych i dopiero drugie sondowanie stało się przyczyną przerwania ciąży. W naszym przypadku upłynęło pomiędzy wprowadzeniem sondy a poronieniem dni 19, a szóstego dnia po sondowaniu wykonane badanie nie wykazywało śladu czynności porodowéj. Na téj podstawie możemy śmiało twierdzić, że nie wprowadzenie zgłębnika było bodźcem do przerwania ciąży.

Więc może zabieg operacyjny? I to przypuszczenie wydaje się bardzo nieprawdopodobnem. Podczas wyłuszczania guza i podczas szycia rany macicznéj nie widzieliśmy żadnych skurczów, któreby mogły być odpowiedzią na ciężki uraz, zadany macicy i zwiastunem grożącego poronienia. Dziesięć pierwszych dni po operacyi nic nie zapowiadało przerwania ciąży: chora nie doznawała żadnych bólów, z dróg rodnych nie pojawiła się ani kropla krwi, a siódmego dnia po zabiegu, podczas pierwszego opatrunku, nie mogliśmy wybadać żadnych skurczów macicy.

Nasuwa się z konieczności pytanie: jeżeli nie wprowadzenie zgłębnika, jeżeli nie zabieg operacyjny, to co stało się przyczyną poronienia?

Przebieg leczenia pooperacyjnego zdaje się dawać na to pytanie zadowalającą odpowiedź, która brzmi: Przyczyną poronienia było zadrażnienie otrzewny przez naciąganie świeżych zlepów w okolicy rany macicznéj, to naciąganie zaś było następstwem powiększania się ciężarnéj macicy. Czy zlepy w okolicy rany macicznéj istniały, na to nie mamy

---

[1]) l. c. — [2]) *Gynaekolog. Klinik*, 1892.

wprawdzie bezwzględnego dowodu, bo tego dostarczyć może tylko nekroskopija: wydarza się to jednak tak często po laparatomijach, że przypuszczenie to śmiało możemy przyjąć. Że macica powiększała się, to nie ulega najmniejszéj wątpliwości; każda macica ciężarna, jeżeli płód żyje (w naszym przypadku urodził się płód żywy) musi się powiększać, zresztą stwierdziliśmy to badaniem przedmiotowem. Ten wzrost macicy zaczął naciągać świeże zlepy i dał powód do zadrażnienia otrzewny, które jedenastego dnia po operacyi objawiło się bólami w okolicy rany, o charakterze bólów zapalenia omacicznego *(perimetritis)* i podwyższeniem ciepłoty. Szybko rozwinęło się ograniczone zapalenie otrzewny macicznéj *(perimetritis)*, które przez zadrażnienie mięśnia macicznego wywołało skurcze macicy, zakończone trzynastego dnia po zabiegu operacyjnym wydaleniem jaja płodowego.

Co bywa zwykle przyczyną poronienia po zachowawczéj myomotomii i w jakim czasie po zabiegu następuje wydalenie jaja?

W 23 wyżéj zestawionych przypadkach operacyjnych wystąpiło poronienie 9 razy. W jednym przypadku (Homann) nie znalazłem daty poronienia — w 8 zaś innych rozdzielają się daty jak następuje: w 1-nym przypadku (Martin) poronienie wystąpiło wieczorem w dniu operacyi, w 1 przyp. (Péan) nazajutrz po zabiegu, w 1 (Martin) 3 dnia, w 1 (Martin) 4 dnia, w 1 (Odgen) 12 dnia, w 1 (nasz) 13 dnia, w 1 (Martin) 17 dnia, zaś w przypadku Kuestnera w $2\frac{1}{2}$ tygodnie po operacyi. W czterech pierwszych przypadkach poronienie wystąpiło między 1 a 4 dniem, w czterech ostatnich między 12 a 18 dniem po zabiegu. Liczby te na pierwszy rzut oka są uderzające i nasuwają na myśl przypuszczenie, że w pierwszych czterech przypadkach poronienie było następstwem urazu operacyjnego, zaś w ostatnich przyczyna przerwania ciąży mogła być podobna, jak w naszym przypadku. Ale i w tych przypadkach zabieg stał się pośrednio przyczyną poronienia, z czego wynika, że dopiero po upływie kilku tygodni po operacyi możemy być spokojni o los płodu rozwijającego się w macicy, względnie o los matki.

Na pytanie, czy w naszym przypadku zabieg był wskazany, możemy śmiało odpowiedzieć twierdząco; wszak mówiąc o wskazaniach na pierwszem miejscu wymieniliśmy szybki wzrost guza (p. w.), o którym nasza chora tak wyraźnie w wywiadach wspomina, a który wobec dużych rozmiarów guza mógł łatwo sprowadzić ciężkie i groźne następstwa.

Spełniam w końcu miły obowiązek, dziękując czcigodnemu mojemu szefowi prof. Drowi Madurowiczowi tak za łaskawe odstąpienie operacyi, jak i za pozwolenie ogłoszenia niniejszego przypadku.

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

Zachowanie się jednak ciepłoty nie zawsze licowało ze zmianami napotkanemi przy sekcyi, t. j., znaczne obniżenie się ciepłoty i wahanie tętna nie zawsze szły w parze z znaczną wypociną czy to w komórkach czy na podstawie, a naodwrót w przypadkach, gdzie sekcyja wykazała znaczne zmiany w okolicy mostka Varola lub w komórkach mózgowych, nie były różnice ciepłoty i tętna w poszczególnych okresach tak wybitne, jakby według teoryi być było powinno, czego przykładem następująca tabelka:

Przypadek	Ciepłota	ranna	wiecz.	Tętno	Uwaga (objawy)	Gruzełki	wypocina na podstawie	Komórki mózgowe
1	18/I		37·5		wymioty, ospałość	licznie zasiane wzdłuż naczyń na podstawie	przy skrzyżowaniu nerwów wzrokowych mierna	nieznacznie rozszerzone
	19	37·6	38·7		drgawki			
	20	37·3	38·7					
	21	38·4	39·5					
	22 †							
2	20/II		38·0	60	bezprzytomność, sztywność karku, skurcze kończyn	licznie rozsiane	znaczna	nieznacznie
	21	38·3	38·0	60—90	drgawki			
	22	38·2	38·9					
	23	38·7	38·4					
	24 †							
3	3/III		37·0		drgawki	tylko na powierzchni mózgu skąpe	żadna	b. nieznacznie
	4		36·8					
	6	37·4	38·0		śpiączka			
	8 †	37·0						

Przypadek	Ciepłota	ranna	wiecz.	Tętno	Uwaga (objawy)	Gruzełki	wypocina na podstawie	Komórki mózgowe
	1/V	37·0		80	wymioty			
	5	36·5			drgawki			
	6	36·7		60	„			
4	7	37·8			„	liczne	znaczniejsza	nieznacznie
	8	38·5			„			
	9	37·0						
	10 †	37·8						
	9/VII		36·8	66	wymioty, bezprzytomność			
	10	36·8	37·0					
	11	36·6	37·0					
8	12	36·8	36·5	88		b. liczne także i na oponach rdzenia	bardzo znaczna	nieznacznie
	13	36·5			drgawki			
	16	36·6		60				
	20		39·4					
	21 †	39·1	39·6	140	*opisthotonus*			
	14/10		37·2	68	wymioty, apatyja			
	15	37·4						
	16	37·3	37·5					
9	17	37·6			*athetosis*, drgawki, *coma*	dość liczne, guz gruźliczy	mierna	nieznacznie
	19	37·1						
	21	36·1						
	22	37·1	38·0	120				
	24	36·7	37·9	140	przykurczenie			
	25 †							
	13/XII		38·2	100	zaparcie stolca, zgrzytanie zębami			
	14	38·0	38·6					
	15	38·0	38·2	92				
	16	37·6	38·0	60				
	17	37·2	37·6					
10	18	37·2	37·2	140	ospałość	dość liczne (gruźlica ogólna prosówkowa)	mierna	nieznacznie
	19	37·6	37·8	162	drgawki			
	20	38·5	37·8	136	„			
	21	37·2	36·4					
	22	37·0	36·8	90				
	23	36·4	37·0	58	*coma*			
	24 †	36·1						
	11/1		37·6					
	12	37·8	38·2		drgawki, przytomna			
	13	37·2	38·6	68				
	14	37·0	38·2					
11	15		38·8		drgawki	licznie zasiane na oponach podstawy	mierna	prawidłowych rozmiarów
	16	36·8	38·5					
	17	37·4	38·8	72				
	18	37·2			„			
	19 †							
	27/VII	38·5	39·0		obstrukcyja, wymioty			
15	28	39·0	39·5	112		dość licznie	mierna	nieznacznie rozszerzone
	29	39·0	40·0	136				
	30	37·8	37·0	92	wykrzykiwania			
	31	37·6	37·5					

Przypadek	Ciepłota	ranna	wiecz.	Tętno	Uwaga (objawy)	Gruzełki	wypocina na podstawie	Komórki mózgowe
	1/VIII	37·0			wymioty			
15	2	37·0	38·5	60	drgawki			
	3	38·5	40·3					
	4†							
	15/IX	37·0	38·8		bezsenność			
	16	37 0	39·6					
	17	39·4	38 0	120				
	18	37·0	39·3		wymioty			
	19	37·3	39·4					
	20	38·0	39 6	160	„			
	21	38·5	38·4		śpiączka			
	22	37·9	38·2					
	23	37·6	38·6		zapadnięcie			
16	24	38 2	38·2		brzucha	licznie	obfita ilość ropnej wypociny około mostka Varola	znacznie rozszerzone, 200 grm. płynu
	25	37·8	38·6					
	26	37·2	38·1					
	27	37·2	37·1					
	28	37·4	37·6		drgawki			
	30	37·6	38·0	72				
	1/X	38·0	38·0	114	*opisthotonus*			
	3	37·6	38·1	76				
	5	36·5	37·0	60				
	6†	37·0						
	5/I	37·0	37·2	80				
	6	37·1	37·1					
	7	37·4			wybuch ropy			
21					ustami i uchem	tylko na dolnéj pow. lewego płatu czołowego	wypociny niema	prawidłowe
	8	39·8	39·4		drgawki			
	9	37·0	37·7		„			
	10†							
	16/III	37·2	37·6	94	objawów ża-			
	17	39 0		112	dnych			
22	22	38 0				na powierzchni guzki gruźlicze	niema	prawidłowe
	26	38·3	38·6					
	27†							
	25/III		39·4	120	zaparcie stolca,			
					zaklęśnięcie			
					brzucha			
23	26	39·0	39·6		wymioty	nielicznie rozsiane	znaczna	zawierają znaczniejszą ilość cieczy
	27	39·2	39·5		drgawki			
	28†	38·5			niedowład			
	3/VI	37·1		48, 60, 80	wymioty			
	5	36·0	36·5	54	„			
	6	36·3	37·0	60	„			
	7	37·2		80	drgawki			
24	8	37·3	38·8		„	bardzo liczne	opony zgrubiałe	rozszerzone
	9	37·5	37·8	84	niedowład			
	10	38·1	38·4					
	11†	38·0						
25	prawidłowe, raz tylko 38·6				objawów żadnych	dość liczne	obficie nagromadzona	nie rozszerzone

Przypadek	Ciepłota			Tętno	Uwaga (objawy)	Gruzełki	wypocina na podstawie	Komórki mózgowe
		ranna	wiecz.					
26	20/VII		37·3	80	ból głowy	gęsto rozsiane	znaczna	w czwórnasób rozszerzone
	21	37 0	37 0					
	22	37·3	37·0	94	wymioty			
	23	37·0	37·5					
	24	37·1	37·5	60				
	25	37·5	37·3					
	26	37·2	37·5		śpiączka			
	27	37 0	38 3	64	nieprzytomny			
	28 †	38·1	40·0					
29	27/XI	36·8	38·4			liczne	znaczna bardzo	dość znacznie rozszerzone
	28	37·1	38 0	78	wymioty			
	29	37·0	38 0					
	30	37·5	37·6					
	1/XII	37·6	38·0					
	2	37 6	37·5					
	3	37·0	37·5					
	4	37·0	37·1					
	5	37·1	37·5	60				
	6	37·0	37·5	60				
	8	37·2	37·6	80				
	9	38 0	39 8					
	10	38·5	39 0		drgawki			
	11 †	40·0			„			

Przypadki w zestawieniu tabeli téj opuszczone albo nie przedstawiały zmian wyraźnych albo nie były należycie obserwowane albo wreszcie nie przyszły do sekcyi.

Przyglądnąwszy się przebiegowi ciepłoty i zachowaniu się tętna w przypadkach tabelką objętych i porównywając ze zmianami anatomicznemi w mózgu i oponach, dochodzimy do przekonania, iż żadnego dodatniego wniosku wyprowadzić nie jesteśmy w stanie. Przypadki te możemy sobie bowiem podzielić na następujące grupy:

a) przypadki znaczniejszéj wypociny na podstawie wobec prawidłowych lub nieznacznie rozszerzonych komórek mózgowych, do nich należą 2, 8, 11, 25 i 4;

b) przypadki rozszerzenia komórek wskutek wypociny wobec braku tejże lub tylko bardzo nieznacznéj ilości na podstawie; do nich należy przypadek 3;

c) przypadki obfitéj wypociny i w komórkach i na podstawie, przypadki 16, 23, 24, 26 i 29;

d) przypadki nieznacznéj wypociny i w komórkach i na podstawie; przypadki 9, 10, 15 i 1;

e) przypadki, w których nie było wypociny ani w komórkach ani na podstawie, 21 i 22.

Z przypadków grupy *a*), w których przyjąć musimy bezpośrednie zadrażnienie nerwu błędnego wypociną samą, nie spostrzegliśmy w przyp. 2 wyraźnych zmian ciepłoty, jedynie tętno było zwolnionem; w przypadkach 4 i 8 obniżyła się ciepłota i zwolniało tętno już w okresie I., jeszcze przed objawami uciskowemi, a podniosła się ciepłota prawie o 2° w następnym okresie. W przypadku 11 i 25 znów nie było ani znaczniejszego obniżenia ciepłoty ani zwolnienia tętna.

Z przypadków grupy *b*), w których przyjąć możemy ucisk wogóle na istotę mózgową odśrodkowy, szczególniéj i na dno komórki 4, nie spostrzegliśmy żadnych wyraźnych zmian w ciepłocie i zachowaniu tętna.

Z przypadków grupy *c*), w których obydwa czynniki działały, były zmiany w ciepłocie jak i w tętnie bardzo widocznemi w przypadku 16 i 24, mniéj w 26 i 29, a wcale nie w przypadku 23.

Z przypadków grupy *d*), w któréj podobnież obydwa czynniki choć w słabszym stopniu, składaćby się powinny na zmiany ciepłoty i tętna, nie zauważyliśmy ich w przypadku 1, zauważyliśmy natomiast wcale pięknie w przypadkach 9, 10 i 15.

W przypadkach grupy *e*), w których obydwóch czynników brakło a erupcyja gruzełków ograniczyła się tylko do powierzchni półkul, nie spostrzegliśmy rzeczywiście ani zboczeń odpowiednich w ciepłocie ani tętnie. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Cholera azyjatycka na podstawie dawniejszych i nowoczesnych wyników nauki skreślił Dr. Henryk Kowalski. Tarnów, str. 74, z kilku rycinami.

Z pod prasy świeżo wydana monografija jest drugą publikacyją o cholerze w języku polskim. Systematycznie ułożona praca zaczyna się od treściwego rysu historycznego pojawienia się tego pomoru, w dalszym ciągu omawia przyczyny tegoż, dzieje odkrycia prątka przecinkowego, własności jego morfo- i biologiczne, warunki zakażenia ustroju, objawy chorobowe, zmiany pośmiertne, zasady dyjagnostyczne, rokowanie, wreszcie leczenie choroby i środki zapobiegawcze. Każdy z poszczególnych rozdziałów z wyczerpującą dokładnością opracowany, uwzględnia obszerną literaturę odnośną, systematycznie poczynając od najdawniejszéj a skończywszy na obfitéj literaturze bieżącéj. Monografiję niniejszą kreśli lekarz, dla którego podjęty temat nie jest obcym. Wszakże sam oko w oko spotykał się ze srogim pomorem w r. 1873, będąc przeznaczonym z ramienia rządu do niesienia pomocy chorym cholerycznym w Bochni. W literaturze podanéj nile nas uderzają zapatrywania i spostrzeżenia poczynione przez wielkiego klinicystę śp. prof. Dietla.

Pożyteczna ta monografija napisaną jest językiem poprawnym i nietylko się nadaje dla lekarza gotującego się do walki z pomorem, lecz i dla szerokiego grona intelligentnéj publiczności. Nie można pominąć pochwały, jaka się autorowi słusznie należy, iż jako lekarz walczący o byt na prowincyi był w stanie tak sumiennie zebrać literaturę i tak ją przedstawić. Pracę tę zatem lekarzom i intelligentnéj publiczności sumiennie polecić możemy. *Dr. Wachholz.*

Patologija.

W. Janowski: **Przyczynek do nauki o ziarnistości białych ciałek krwi.**

Autor badał krew, wydzieliny z oskrzeli i ropę trypową. Co do dwóch ostatnich wydzielin podaje, że w ropie rzeżączkowéj napotykał w przypadkach świeżych nader wielką ilość ciałek eozynochłonnych tak, że stanowiły one przeważną część tworów morfotycznych. W miarę dłuższego trwania choroby ilość tych komórek widocznie malała. Okoliczność tę uważa autor za potwierdzenie zdania Neussera, który ilość ciałek eozynowych czyni zależną od stopnia podrażnienia, w danym razie gruczołu krokowego. Podobnież zgodnie ze spostrzeżeniami Leydena, Neussera, Gabriczewskiego i kilku innych zauważył znaczną ilość eozynowych ciałek w plwocinie astmatyków. Co do krwi, to badanie jéj nie doprowadziło jeszcze do jakichkolwiek stanowczych wyników. Ilość ciałek eozynochłonnych i zawartych w nich jąder, wreszcie kształt pierwoszcza i rozłożenie pośród niego ziarnistości cechujących te twory tak są niestałe i tak różne w jednych i tych samych stanach chorobowych, że na téj podstawie nic pewnego orzec nie można. Co najwięcéj możnaby wyliczyć te choroby, w których ilość ciałek eozynowych we krwi zwiększa się widocznie, a należą tu: astma, choroby jajników, niektóre choroby skórne, jak świerzbiączka, wyprysk, łuszczyca. Nawet w bielicy nie posiadają te twory donioslęj, rozpoznawczéj wartości; badania bowiem dotychczasowe zdają się jedynie za tem tylko przemawiać, że w przypadkach téj choroby bez zajęcia szpiku kostnego krew w tym kierunku nie przedstawia nic cechującego i tylko w postaci szpikowéj zwiększa się ilość ciałek eozynowych.

W drugiéj części swéj pracy podaje autor kilka sposobów barwienia, któremi posługiwał się w swych badaniach, za najlepsze uważa wskazówki Ehrlicha tak co do sposobu przygotowania jak i barwienia preparatów. (*Kronika Lek.* Nr. 5, 1892). *Dr. L. Korczyński.*

Terapija.

Fürst: **O leczeniu zołzów i pląsawicy zapomocą wody Gubera.**

Leczenie tych dwóch cierpień w znacznéj części opiera się na leczeniu hygieniczno-dyjetetycznem. Stosowne odżywianie i pobyt w czystem powietrzu łączy się często jednak z leczeniem specyficznem. Od dawna przetwory arsenowe w połączeniu z żelazem były głównym w tych chorobach lekiem. Autor, opierając się na długoletniem doświadczeniu jest zdania, iż podawanie rozczynu Fowlera z żelazem przez czas dłuższy u dzieci jest nieprzeprowadzalne, po krótkim bowiem przeciągu czasu występują pewne zaburzenia w przewodzie pokarmowym. W takim razie najlepiéj podawać wody mineralne arszeniko-żelazowe. Woda ze źródła Gubera w Srebrenicy posiada bardzo szczególny skład chemiczny. Ilość bowiem żelaza nie jest nadmierną tak, iż woda pita nawet przez czas bardzo długi dolegliwości żadnych nie sprowadza. W dawkowaniu trzeba ostrożnie postępować. W pierwszym tygodniu najlepiéj podawać duże łyżeczki od kawy, t. j. 5 gr. rano i wieczór. W drugim dawkę podnosimy o jednę łyżeczkę w południe, w 3-cim zamieniamy łyżeczkę na łyżkę stołową. Tą metodą leczniczą udało się autorowi usunąć znaczną bezkrwistość chorych a tem samem do dalszego leczenia potrzebne siły chorego wzmocnić. (*D. med. Zeit.* 1891 Nr. 58).

Choroby kobiece.

Dr. Weber (Petersburg): *Amenorrhoë cum Galaktorrhoea.*

W. opisuje z swéj praktyki następujący przypadek: Pani L. R. lat 35, silnéj i dobréj budowy ciała, bardzo otyła, miesiączkuje od 13 r. życia regularnie. Od 12 lat zamężna bez zastąpienia. Nie zapadała na cierpienia kobiece lub inne choroby. L. ma dwie również bezdzietne siostry. Od 3 miesięcy nagle miesiączka ustąpiła bez żadnego powodu a piersi nadmiernie obrzmiały wydzielając ciecz białą. Obrzmienie i parcie na skórę jest tak znaczne, że L. by sobie ulżyć cierpień, zmuszoną jest z jednego i drugiego gruczołu piersiowego odsączyć po kuflu mleka codziennie. Stan ten trwa już od 3 miesięcy bez żadnych innych dolegliwości prócz uczucia napięcia w piersiach. Badanie ginekologiczne wykazało macicę bardzo małą, zanikłą, bolesność drugiego i trzeciego kręgu piersiowego. Stan ten trwa daléj bez wszelkich ujemnych skutków. (*St. P. med. W.* Nr. 33, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Choroby skórne i kiłowe.

Prof. Neumann (Wiedeń): **Nowe ogniska trądu w Europie.**

Z polecenia Ministerstwa odbył N. przejazdkę po prowincyjach zajętych, t. j. po Bośnii i Hercogowinie, celem zbadania, jakie choroby skórne często u mieszkańców się wydarzają. W okręgu Tuzli spotkał 20-letniego pastucha, którego twarz okazywała swoisty obraz trądu guzowatego (*lepra tuberosa*), t. zw. *leontiasis facici leprosa.* Skóra łupkowoszaro zabarwiona, łuki brwiowe guzowato zgrubiałe, łączące się nad gładyszką czoła; guzy kostne na czole i innych częściach powłok skórnych ciała — oto obraz powyższego przypadku. Rodzina chorego była wolną od trądu. Podobne przypadki trądu spotkał N. w okolicach Serajewa, Trawnika, Mostaru, Srebrenicy itd. Z dziewięciu chorych ośmiu było islamistów, a jeden zaledwie chrześcijanin. Pod względem etyjologicznym w przypadkach powyższych główną rolę odgrywała dziedziczność. Przyczynami ułatwiającemi zakażenie trądem są zapewne nędza, brud i złe stosunki hygijeniczne, zwłaszcza u mahomedanów i ztąd większa częstość choroby u tych ostatnich. Wobec częstości trądu, gdyby tenże się rozszerzał, rząd okazał się skłonnym do utworzenia osobnych zakładów dla trądowatych. (*Wien. m. Presse,* Nr. 37).

Arning (Hamburg): **Obecny stan rozszerzenia się trądu w Europie i znaczenie jego społeczne.**

A. dochodzi na zasadzie statystycznych wykazów pochodzących z różnych krajów Europy do przekonania, że trąd poczynił w ostatnich lat dziesiątkach znaczne postępy. Ztąd należy zdaniem autora odpowiednim władzom sanitarnym baczną zwracać uwagę na ogniska obecne téj biblijnéj zarazy, a równocześnie należy uczniom wydziałów lekarskich przedstawiać obraz téjże, aby w danym przypadku nie działo się jak dotychczas, iż lekarze leczą chorych trędowatych w przekonaniu, iż mają przypadek kiły przed sobą.

Z wykazów statystycznych wynika, że z wszystkich krajów Europy Norwegija i Hiszpanija najwięcéj w przypadki trądu obfitują. Natomiast zwracają w ostatnich czasach lekarze uwagę na kraje na wschodzie Europy położone, mianowicie na prowincyje rosyjskie, w których trąd nagminnie szerzyć się poczyna; toż samo w Memlu (Prusach) wytworzyło się w ostatnich czasach ognisko trądu. Tutaj należałoby chorych odosobnić z obawy przed rozszerzaniem się choroby. (*Wien. med. Presse,* Nr. 37, 1892).

Dr. Wachholz.

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Schulz poleca dwa środki lecznicze przeciw cholerze w okresie, w którym biegunka, wymioty, występowanie zimnych potów i kurczów są najwybitniejszemi objawami, mianowicie: weratrynę i *cuprum arsenicosum.* Pierwszy z nich podaje S. albo jako *Tinctura Veratri* (Rp. *Tinct. veratri gtts. 11, Aq. dest. 120,00, Syr. aurant. 36,00).* Dorosłéj osobie po łyżce stołowéj, dzieciom po łyżeczce kawowéj zależnie od stanu co 15 minut, co godzina, 2, 3 godziny itd.), albo w następującéj postaci: *Veratrini 0,005,*

Spir. dilut., *aq. dest.* *āā 50,00*, co $^1/_2$ godziny łyżeczkę; gdy stolce na 24—36 godzin ustaną, należy zaprzestać podawania środka. *Cuprum arsenicosum* stosuje autor 0·0005 na 120—180 wody po łyżeczce. Ponieważ środek ten trudno rozpuszcza się w wodzie, poleca S. także *acid. arsenicosum 0,0005*, *aq. dest. 200,00* lub *solut. kalii arsenicosi 0,05*, *aq. dest. 200,00*, po łyżeczce co 15—30 minut, później wedle potrzeby coraz rzadziéj. Schulz ostrzega także przed podawaniem w przypadkach zapadu cholerycznego kamfory pod skórę, a radzi stosować środek ten *per os*, najlepiéj jako *spiritus camphoratus* kroplami w wodzie. (*Deut. med. Wschrft.* Nr. 36).

Ferran przedstawił na posiedzeniu paryskiéj Akademii umiejętności z 22 sierpnia b. r. wyniki z doświadczeń dokonanych nad biologią prątków przecinkowych. Hodując prątki choleryczne w bulionie lekko alkalicznym, do którego dodawał nieco cukru mlekowego, spostrzegł, że pod wpływem rozwoju kultur powstawał z laktozy kwas paramlekowy w takiéj ilości, że oddziaływanie pożywki stawało się kwaśne, co można było poznać po wystąpieniu czerwonego zabarwienia po dodaniu rozczynu lakmusu. Hodowla prątków w bulionie alkalicznym z dodatkiem laktozy okazują pozostawione w ciepłocie 30° po 5 dniach mięszaninę pełną kłaczków, składających się z dużych prątków przecinkowych, w których wnętrzu rozróżnić można 1—2 ziarenek mocno światło łamiących podobnych do zarodników; w końcu znika całe pierwoszcze, a tylko te ziarenka barwiące się mocno za pomocą błękitu metylowego pozostają. Jak wiadomo na małych ilościach bulionu alkalicznego, umieszczonego w dużych kolbach zatkanych watą, udaje się prątek przecinkowy znakomicie i pozostaje dłużéj niż 2 lata przy życiu; jeżeli jednak doda się nieco cukru mlecznego, prątek obumiera szybko pod wpływem wytwarzanego przez siebie kwasu. W pierwszych godzinach rozwój jego jest szybszy i bujniejszy niż w odżywce alkalicznéj i to sprawia, że odżywka gęstnieje, z chwilą jednak gdy zjawia się reakcyja kwaśna, wzrost ustaje i prątki giną.

Podobnie jak prątek choleryczny zachowuje się i *baccillus coli*, i jego rozwój zostaje działaniem kwasu paramlekowego wstrzymany. Kwas paramlekowy isomeryczny z kwasem mlekowym jest znakomitym środkiem przeciwbiegunkowym wywołanym przez *baccillus coli* i zdaniem F. może być także ze skutkiem używany w cholerze. Z tego powodu zaleca autor przeciw cholerze kwas mlekowy z dodatkiem morfiny, która przeszkadza resorbcyi ptomain i toksyn wytworzonych przez prątki przecinkowe, a wstrzymując szybkie wydalenie kwasu mlekowego z jelit, przedłuża jego działanie.

Doc. Klemperer (Berlin): Badania nad szczepieniem ochronnem ludzi przeciw cholerze azyjatyckiéj.

W niedawno ogłoszonéj pracy wykazał autor, że przez szczepienie ogrzanemi kulturami można świnki morskie i króliki uchronić od śmiertelnego działania prątków przecinkowych. Obecnie starał się K. zbadać, czy na téj podstawie można wprowadzić w życie szczepienie ochronne człowieka przeciw cholerze.

Badania tego rodzaju napotykają na wielkie trudności. Przedewszystkiem ma cholera u zwierząt odmienny charakter niż u ludzi. Podczas gdy człowiek prawdopodobnie zakaża się małą ilością bakteryj, które w ustroju szybko się mnożą i dopiero wtedy rozwijają swe zgubne działanie, to do wywołania śmierci u zwierzęcia potrzeba wprowadzić odrazu tyle prątków, aby ich działanie trujące do zabicia zwierzęcia wystarczało. Z tego powodu szczepienie ochronne zwierząt jest tylko ochroną przeciw zatruciu i pozornie nie daje rękojmi ochrony przeciw rozwojowi prątków cholerycznych. W rzeczywistości jednak badania bakteryjologiczne z analogicznemi sprawami wykazały, że ochrona przed specyficznem działaniem trującem jest tem samem ochroną przed rozwojem bakteryj jad wytwarzających. Odporność względem jadu cholerycznego wywołuje się u zwierząt przez wprowadzanie do ustroju jadu osłabionego; podobnie postępuje natura, i dlatego zachowanie się ludzi, którzy zapadłszy na cholerę wyzdrowieli, daje miarę możności szczepienia ochronnego. W rzeczy samej uważa autor za regułę, potwierdzoną przez samego Kocha fakt, że jednorazowe nawet lekkie zapadnięcie na cholerę chroni od powtórnego nabawienia się jéj na szereg lat. Fakta niezgodne z tem twierdzeniem przytoczone przez Cantaniego (p. „Przegląd Lek.“ Nr. 40) uważa K. za wyjątki i dowodzą tylko, że w owych przypadkach pomimo groźnych objawów biegunki i wymiotów przecież nie uległa taka ilość jadu wessaniu, jaka jest potrzebną do uczynienia ustroju odpornym.

Największa trudność badania leży w rozstrzygnięciu kwestyi, w jaki sposób udowodnić, że człowiek szczepiony stał się rzeczywiście odpornym. Ściśle wziąwszy, dowodu tego dostarczyć można jedynie podczas epidemii i to przy rozległem zastosowaniu szczepienia. Jednakże istnieje jeszcze jeden sposób wynikający z badań Behringa i Kitasaty, którzy co do niektórych chorób wykazali, że surowica krwi odpornych zwierząt posiada zdolność przeniesienia odporności na inne zwierzęta. Jeżeli więc surowica krwi pochodząca z jednego ustroju czyni odpornym inny ustrój, to ten pierwszy musiał również być odpornym.

Wychodząc z tego zapatrywania, przedsięwziął autor szczepienie ludzi istotami wypróbowanemi na zwierzętach i zbadanie, czy surowica krwi tych ludzi jest w stanie uchronić świnki morskie od zatrucia jadem cholerycznym. Przedewszystkiem jednak należało się przekonać, jak się pod tym względem zachowuje krew ludzi nieszczepionych; wiadomo bowiem, że według zdania Kocha połowa wszystkich ludzi jest odporną względem cholery i dlatego wcale nie byłoby dziwnem, gdyby krew u niektórych osób posiadała własności ochronne. W rzeczy saméj doświadczenia stwierdziły te przypuszczenia; z pomiędzy 5 osób surowica u dwóch z nich w ilości 1—2 cm sz. wystarczała do uczynienia świnki morskiéj odporną przeciw cholerze. Badania ze szczepieniem wykonał Klemperer na sobie samym oraz na lekarzu Dr. Grossem i kilkunastu słuchaczach medycyny. Pierwsze doświadczenia dokonane za pomocą 3-dniowych hodowli prątków cholerycznych ogrzanych przez 2 godziny do 70° wykazały, że podskórne wstrzykiwania takich kultur z jednéj strony nie wywołują prócz miernéj reakcyi miejscowéj, nudności, lekkiego bólu głowy, żadnych większych zaburzeń, z drugiéj sprawiają, że krew osoby szczepionéj posiada 4—10 razy większą odporność przeciw cholerze niż krew ludzi, których z natury uważać należy za odpornych. W dalszych doświadczeniach stopniowo schodząc, szczepił coraz mniéj ogrzane hodowle, aż doszedł do hodowli zupełnie nieogrzewanych i przekonał się, że szczepienie ich pod skórę jest również zupełnie nieszkodliwe, a działanie ich ochronne koło 5 razy silniejsze niż hodowli osłabionych przez ogrzewanie. Przez wprowadzanie żywych prątków cholerycznych pod skórę, gdzie one szybko giną, naśladuje się działanie ochronne natury, bez narażenia człowieka na ciężką chorobę i groźne niebezpieczeństwo. (*Berl. kl. Wschrft.* Nr. 39).

Weyl: Czy cholera może być przeniesioną za pośrednictwem piwa?

Na podstawie badań bakteryjologicznych dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Jest mało prawdopodobnem, aby cholera mogła być przeniesioną za pośrednictwem piwa, jeżeli prątki przecinkowe znajdowały się przez dłuższy czas w zetknięciu z piwem. Po 24-godzinnem pobycie w piwie prątki napewne obumierają. Z tego powodu szklanki na piwo powinno się w czasach cholery myć w wodzie gotowanéj. 2) Oddziaływanie kwaśne piwa jest głównym czynnikiem zabijającym prątki przecinkowe; ponieważ jednak i w alkalicznem piwie prątki obumierają, przeto przypuścić należy, że pewne istoty wchodzące w skład piwa również wpływ ten wywierają. (*Deut. med. Woch.* Nr. 37).

Hirschfeld (Berlin): O stosowaniu środków wewnętrznych przeciw cholerze.

Badając przemianę materyi w przypadkach cholery w szpitalu miejskim Moabit, przekonał się autor, że ilość azotu wydzielonego przez ustrój dotknięty tą chorobą wy-

nosi 2 gr., co odpowiada 4 gr. mocznika na dobę, nie mówiąc już o tych przypadkach, w których mocz się wcale nie wydziela. Cytra ta jest tak małą i stoi o tyle niżéj od zauważanych kiedykolwiek podczas głodzenia, że należy przypuścić niezdolność nerek do wydzielenia całego w ustroju wytworzonego mocznika. Zboczenie tak wysokiego stopnia zauważał H. zaledwie w rzadkich przypadkach chorób nerek, a tłomaczy ono dostatecznie częste występowanie mocznicowych objawów. Z tego wynika, że przynajmniéj w części wszystkich przypadków cholery istnieje ostre zapalenie nerek, które prawdopodobnie powstaje pod wpływem działania toksyn na przybłonek nerkowy, może właśnie dlatego, że ustrój stara się drogą nerek tych trujących istot się pozbyć.

Przy leczeniu cholery należy zatem unikać takich środków, które zostają wydzielane przez nerki. Albowiem należy się obawiać, że ciężko uszkodzone przybłonki nerek jeszcze bardziéj zostaną zadrażnione, albo jeżeli nerki wydzielać więcéj nie mogą, nastąpi zatrucie ustroju środkiem zazwyczaj nie obojętnym. (*Berl. kl. Woch.* Nr. 39).

B e c h e r zwraca słusznie uwagę na to, że wychodki w wozach kolejowych, na dole zupełnie otwarte, mogą się przyczynić do rozwleczenia cholery i cytuje fakt powstania endemii w r. 1884 w jednéj z wsi niemieckich, przez którą przechodzi droga kolei żelaznéj, dla którego to powstania żadną miarą źródła wynaleźć wówczas nie można było. Proponuje, aby u dołu pod wychodkami zawieszano naczynia, któreby na większych stacyjach wymieniano i odwietrzano. (*Deut. med. Wschrft.* Nr. 37).

B a n t i podaje spostrzeżenia tyczące się o k r e s u w y l ę g a n i a c h o l e r y. U chorych, którzy w szpitalu się zakazili, wynosił okres inkubacyi 36—45 godzin. Można było względnie stanowczo wykluczyć, że który z chorych mógł przed przybyciem do szpitala już być zakażonym. — Z 8 w szpitalu zakażonych umarło 7; pacyjent, który sobą zawlókł zarazek, wyzdrowiał. (*Lo sperimentale.* Nr. 13).

G r o n e m a n n: L e c z e n i e c h o l e r y.

Pod tym tytułem wydał autor, lekarz praktykujący w Djokjakarte, w Indyjach Niderlandzkich, broszurę, w któréj szczegółowo podaje wyniki otrzymane w leczeniu cholery za pomocą k r e o l i n y. Z spostrzeżeń przez G. opisanych wynikałoby, że: 1) kreolina nie jest środkiem trującym; 2) nie ulega resorbcyi w żołądku, lecz przechodzi wprost niezmieniona do jelit, 3) stosowana dość wcześnie i w odpowiedniéj ilości, i jeżeli nie zostaje wyrzuconą przez wymioty działa znakomicie przeciw cholerze. Ponieważ kreolina w rozczynie 5:1000 zabija prątki przecinkowe w 10 minutach, a 3:1000 w 15 minutach, przeto podając 3—5 grm. kreoliny na 1 litr wody w jelitach, można zdaniem Gronemanna wszystkie prątki choleryczne w jelitach obecne zniszczyć, a przynajmniéj ich rozwój powstrzymać, do czego już wystarczy rozczyn 1:3000 kreoliny. Jedyną wadą kreoliny jest jéj przykry smak.

Z 19 chorych leczonych przez G. kreoliną 11 (58%) wyzdrowiało; z 8 niepomyślnie zakończonych, 2 zmarło w jakiś czas po przebyciu cholery, w 3 przyszedł G. zapóźno, a tylko w 5 przypadkach rzeczywiście kreolina okazała się bezskuteczną. Z spostrzeżeń innych lekarzy wynika 64% uzdrowień. G. podaje dorosłym 5 gr., dzieciom 2—3 gr. kreoliny rozcieńczonéj w 100—200 gr. wody, herbaty lub mleka. Skoro tylko dawkę tę chory odda z wymiotami, należy natychmiast podać mu drugą, jednem słowem usilnie się starać, aby do jelit wprowadzić 2—5 gr. kreoliny.

Dr. Beck.

O. B u j w i d: **Jodoform w zapobieganiu i leczeniu cholery.**

Zgodnie ze spostrzeżeniami Riedlina i Neissera o działaniu jodoformu na bakteryje choleryczne stwierdzić można, umieszczając w epruwetce zawierającéj gelatynową hodowlę prądków cholerycznych małą rurkę otwartą, napełnioną jodoformem, że prądki te na powierzchni gelatyny się nie rozmnażają, podczas gdy w warstwach głębszych hodowla rozwija się w zwykły sposób. Widocznie jest to następstwem ulatniającego się jodoformu. Dalej okazało się, że przy bezpośredniem zetknięciu się wystarcza rozczyn eteryczno-wyskokowy 0·1% do zabicia wspomnianych bakteryj w przeciągu jednéj minuty, podczas gdy rozczyn 0·01% czyni to po upływie 24 godzin, rozczyn zaś 1:80000 powstrzymuje tylko rozwój prątka przecinkowego. Na podstawie tych doświadczeń radzi autor podawać jodoform jako środek zapobiegawczy w małych dawkach, w razie zaś wybuchu choroby w dawkach 2—3 razy większych, jako środek leczniczy. Za najodpowiedniejszą postać uważa autor kapsułki zawierające po 0·02 do 0·03 jodoformu w rozczynie eterowym i radzi podawać 2—3 takich dawek. W przypadkach choroby, gdzie chodzi o natychmiastowe działanie, zaleca podawać lek w proszkach lub emulzyi. (*Medycyna* N. 32. 1892).

Dr. Ludomił Korczyński.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 października. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło wczoraj pierwsze posiedzenie swoje po wakacyjach. Kol. przewodniczący Dr. P o n i k ł o po przedłożeniu spraw administracyjnych odczytał elaborat komisyi wybranéj przez Komitet Towarzystwa odnoszący się do naukowego badania pierwszych przypadków cholery azyjatyckiéj w Krakowie zaszłych. Elaborat ten wykazuje, iż lekarze szpitalni krakowscy już dnia 15/IX, udowodnili bakteryjologicznie obecność cholery w Krakowie. Towarzystwo przyjęło do wiadomości elaborat, jednak nie uchwaliło ogłaszać go obecnie publicznie sądząc, że udowodnienia bakteryjologicznego cholery azyjatyckiéj nie można uważać za wynik badania nadzwyczajny, lecz postanowiło zachować ten elaborat celem spożytkowania go przy spisaniu pracy naukowéj wyczerpującéj o przebiegu cholery w Krakowie, którą się zajmie rzeczona komisyja. 2) Kol. G l u z i ń s k i przedstawił preparaty mikroskopowe i hodowle prątków cholerycznych uzyskane z wydzielin zmarłéj z cholery Kokotowéj, przyczem podaje, iż tak postać prątków jak i ich hodowle przedstawiają pewne drobne różnice od prątków badanych w dawniéjszych epidemijach, jak to już zauważyli lekarze paryscy w początku epidemii w Paryżu i Dr. Bujwid badając przypadki lubelskie. Ocenienie tych różnic będzie przedmiotem dalszych systematycznych badań w tym kierunku. 3) Zawiązała się dyskusyja naukowa odnosząca się do cholery, wśród któréj Dr. F i l i m o w s k i podał sposoby i wyniki leczenia chorych w szpitalu Bonifratrów. Dr. F. przyobiecał na jednem z następnych posiedzeń przedstawić Towarzystwu obszerniejszą pracę o wynikach obserwacyi i leczenia chorych na cholerę.

* Przedwczesną niestety okazała się radosna nadzieja, któréj w Nrze przeszłym daliśmy wyraz, jakoby cholera w Krakowie i w Podgórzu już ustała. Biuletyny bowiem, ogłaszane przez p. fizyka miejskiego, wspominają prawie codziennie o kilku nowych przypadkach cholery i śmierci z cholery w mieście naszem. Ostatni biuletyn z dnia wczorajszego opiewa jak następuje:

„Od godziny 8 rano dnia 4 października do 8 rano dnia „5 października zaszły 3 nowe przypadki cholery; nikt nie „umarł. Dotychczas zachorowało na cholerę 26 osób, umarło „10, wyzdrowiało 6; pozostaje w leczeniu 10“.

Jakkolwiek więc nie pozbyliśmy się niemiłego gościa, to pocieszającym jest fakt, że cholera występuje u nas bardzo łagodnie. Tymczasem miasto nasze cierpi bardzo dotkliwie pod względem materyjalnym skutkiem zarządzonych środków ostrożności, które jednak, jak się pokazuje, wcale nie były zbytecznemi.

W H a m b u r g u zachorowało dotąd na cholerę osób 13.000, a umarło 5.800. W ostatnim czasie zmniejsza się cholera, jakkolwiek powoli. — W P e t e r s b u r g u do d. 16 września zachorowało 3.677, z których zmarło 1.087 a wyzdrowiało 2.458. Do d. 1 września w całem cesarstwie rosyjskiem umarło z cholery 172.363 osób, najwięcéj w Kaukazie (57.967).

* Towarzystwo francuskie dla elektroterapii na wniosek p. Apostolego wybrało jednomyślnie członkiem swoim p. Dra Władysława H a r a j e w i c z a z Krakowa.

* Komitet austryjackiego Związku lekarzy donosi nam, że zapowiedziany na d. 7 i 8 b. m. Zjazd tego Związku w Wie-

dnia odroczony został na później, a to z powodu grożącego niebezpieczeństwa cholery.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** N. Pan zamianował asystenta przy klinice chorób skórnych we Wiedniu Dra Włodzimierza Łukasiewicza, nadzwyczajnym profesorem chorób skórnych i wenerycznych w Insbruku. (Dr. Łukasiewicz, rodem z Galicyi, jest wychowańcem Uniw. Jagiellońskiego, gdzie i stopień doktora uzyskał). — Docent prywatny i prosektor w Kijowie Dr. Sudakiewicz mianowany został profesorem anatomii patologicznéj w Tomsku. — Liczba docentów prywatnych w Akademii wojskowo-lekarskiéj w Petersburgu wynosi 60; z tych 17 wykłada medycynę wewnętrzną, 6 ginekologiję, 6 choroby nerwowe i umysłowe, 4 pedyjatryję.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Do Nru niniejszego dołącza się ogłoszenie o peptonie żelazowo-manganowym Dra Gude.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 15 Października 1892. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3⅓ „	6 „

I. O martwinie fosforowéj

Przez

Dra Józefa Bogdanika,

prymaryjusza szpitala powszechnego w Białéj.[1])

Martwinę fosforową jako chorobę samoistną po raz pierwszy, jak wiadomo, opisał w roku 1838 Lorinser w Wiedniu. Wkrótce potem znaczniejszą ilość przypadków opisali rozmaici chirurgowie austryjaccy, niemieccy, szwajcarscy i włoscy. Z biegiem czasu atoli, gdy po fabrykach zapałek fosforowych zarządzono odpowiednie środki ostrożności, do czego w wysokim stopniu swemi pracami przyczynił się Geist w Norymberdze, przypadki chorobowe stawały się coraz rzadszemi. I tak już w roku 1852 napisał tenże autor[2]), iż w Norymberdze i okolicy od r. 1847 nie zdarzył się żaden przypadek tego cierpienia, a Thiersch wyraził się w r. 1868[3]), iż dzięki środkom zapobiegawczym cierpienie to wnet do historyi zaliczać się będzie. Zdanie podobne ogłosił Langenbeck na VI Zjeździe Towarzystwa niemieckich chirurgów w dniu 7/IV 1877 r.

I zdawać się mogło, że tak jest rzeczywiście. Literatura chorobą tą coraz mniéj się zajmowała, a po roku 1880 niemal całkiem publikacyje o tem cierpieniu ustały. Tem bardziéj mnie to tedy zastanowiło, gdym w przeciągu czasu mniéj lub więcéj jednego roku siedm przypadków tego cierpienia widział, które z jednéj i téj saméj fabryki zapałek z Bielska pochodziły. Dwa z tych operował prof. Rydygier w klinice krakowskiéj, jeden chory po kilkudniowym pobycie w szpitalu bialskim udał się do domu, a o dalszych jego losach niczego dowiedzieć się nie mogłem. Czterech chorych zaś dokładnie obserwowałem, zwłaszcza iż po częściowéj resekcyi znowu pracowali w tejże fabryce i wskutek nawrotów cierpienia kilkakrotnym poddali się operacyjom.

Historyja tych chorych jest następująca:

I. Teresa C., mężatka, lat 46 licząca, przyjętą została dnia 7 stycznia 1891. Pracowała ona przez lat 15 w fabryce zapałek w Żywcu, od półtora roku zaś pracuje w Bielsku, przyczem jéj rzeczą jest wyjmowanie suchych zapałek z suszarni. Przed kilku miesiącami kazała sobie wyjąć chory ząb z szczęki dolnéj, ból jednak mimo to nie ustał, zwłaszcza, że daléj pracowała. Podczas przyjęcia do szpitala znaleziono u niéj obrzmienie po stronie lewéj. W dolnéj szczęce nie widać żadnego zęba trzonowego, dziąsła w okolicy lewych zębów trzonowych są obrzmiałe, kość jest z okostnéj obnażona i wydziela cuchnącą ropę, przypominającą zapach zapałek. Odżywienie upośledzone raz z powodu utrudnionego żucia, powtóre dla kiepskiego trawienia. Stan ten podczas dwutygodniowego pobytu w szpitalu coraz bardziéj się pogarszał, mimo płukania i środków trawienie poprawiających; bóle zębów były tak silne, że chora mimo środków nasennych oka zmrużyć nie może. Wobec takiego stanu rzeczy przystąpiłem dnia 22/I do resekcyi szczęki dolnéj.

W narkozie poprowadziłem cięcie wzdłuż dolnego brzegu lewéj połowy szczęki dolnéj od kła aż blisko do kąta szczęki drążąc aż do kości. Na tępo oddzieliłem teraz okostnę od kości i piłką łańcuszkową od dołu przeciąłem szczękę tuż za drugim zębem dwuguziczkowym jakoteż koło przedniego brzegu żwacza (*masseter*). Ranę zespoiłem szwem kuśnierskim z katgutu chromowego pozostawiając w kącie mały sączek. Przebieg pooperacyjny był zupełnie zadowalający, tylko dwa razy ciepłota doszła do 38° C. Po tygodniu usunąłem przy pierwszéj zmianie opatrunku sączek, w tydzień późniéj przy drugiéj zmianie opatrunku wyjąłem szew. Usta płukała chora nadmanganezianem potasu, bóle ustały całkowicie, sen dobry bez środków nasennych, odżywienie lepsze.

W cztery tygodnie po operacyi wystąpiło lekkie obrzmienie policzka lewego i bóle zębów. Obrzmienie i bóle wzmagały się bardzo szybko mimo to, żem wszystkie zęby szczęki dolnéj (siekacze i kły) wyjął, obrzmienie posunęło się na powieki. W dniu 25/III usunąłem przeto w narkozie pozostałe części dolnéj szczęki. Dolną wargę przeciąłem w linii środkowéj pionowo z góry na dół. Następnie naciąwszy dziąsła wzdłuż zębodołów, oddzieliłem na tępo okostnę od części pozostałéj szczęki, przyczepienie mięśni na bródce jakoteż u kąta prawego szczęki dolnéj przeciąłem

[1]) Rzecz streszczona na IV Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie. — [2]) Geist: *Die Regeneration des Unterkiefers nach totaler Necrose durch Phosphordämpfe*, 1852, Erlangen. [3]) *Ueber Phosphornecrose der Kieferknochen. Archiv f. Heilkunde*, 1868.

nożem gałkowatym, następnie posunąłem się między okostną a kością aż do stawu żuchwowego, doszedłszy tam, przesunąłem pomiędzy kością a palcem nożyczki krzywe, przeciąłem przyczepienie mięśnia skroniowego do wyrostka wroniastego (*proc. coronoideus*), a chwyciwszy teraz żuchwę kleszczami Fergussona, wyważyłem ją ze stawu a przeciąwszy jeszcze niektóre strzępki części miękkich i nerw dolnoszczękowy wydobyłem całą kość. Broczenie żylne dość znaczne zatamowałem, wsunąwszy gazę jodoformową 30%. Podczas operacyi téj, jak wogóle i przy następnych, asystent chwyciwszy koniec języka szczypczykami haczykowatemi wyciąga go na zewnątrz, głowa jest na dół zwieszoną a jamę ust często ja sam albo asystent palcami oczyszcza z krwi. Tym sposobem zapobiegać się staram dostaniu się większéj ilości krwi do dróg oddechowych.

Mimo odradzania kolegów obecnych przy operacyi usunąłem w poprzednio opisany sposób i część pozostałą z lewéj połowy szczęki dolnéj. I pokazało się, żem uczynił słusznie, bo znalazłem na kości blisko wyrostka stawowego dość duże ogniska martwiny. Na powierzchni wewnętrznéj jest ono wielkości małéj fasoli i rozciąga się od otworu żuchwowego (*foramen mandibulae*) ku szyjce wyrostka stawowego (*collum proc. condyloidei*), na powierzchni zewnętrznéj zaś poniżéj górnego brzegu żuchwy ma ono blisko 3 ctm. w poprzek a 1 ctm. z góry na dół. W miejsce usuniętéj kości wsunąłem gazę jodoformową — ranę zadaną w wardze dolnej zaszyłem szwem kuśnierskim z katgutu chromowego; opatrunek jodoformowy, płukanie nadmanganezianem potasowym. Przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy (najwyższa ciepłota 36·6° C.). Dnia 28/III, tj. trzeciego dnia od operacyi, usunąłem tampony gazowe z jamy ustnéj, na miejsce których dano mniejsze, usunąłem i odjąłem szew z wargi dolnéj, która się zagoiła przez rychłozrost. W tydzień po operacyi chora już zażądała chleba i mięsa, które jakotako zgryźć potrafiła a 8 kwietnia opuściła szpitał.

Niestety mimo mego zakazu, aby więcéj do fabryki zapałek nie poszła, nie usłuchała mnie. Czując się przez dwa tygodnie zupełnie zdrową, napowrót podjęła się swéj dawnéj pracy, poprzednio jednak kazała sobie wyjąć korzenie z szczęki górnéj. Po upływie trzech miesięcy obrzmiewać zaczął policzek prawy, bóle znowu wystąpiły, a gdy się stan, mimo iż zaniechała roboty, nie poprawił, zgłosiła się w szpitalu do operacyi d. 24 sierpnia 1891. Policzek prawy jest obrzmiały, począwszy od grzbietu nosa aż po prawą małżowinę uszną. Po otwarciu jamy ust widać obrzmienie rozciągające się od zębodołów na podniebienie twarde po stronie prawéj. Dnia 16/IX resekowałem dłutkiem cały wyrostek zębodołowy po stronie prawéj (szczęki górnéj), a jamę wypełniłem gazą jodoformową. Oddłutowana część szczęki była barwy brudnozielonkowatéj, wypełniona gęstą, cuchnącą ropą. Trzeciego dnia zmieniłem tampon, bóle i obrzmienie twarzy stały się mniejsze, a dnia 3/X opuściła chora zupełnie zadowolona szpital.

Jednakże zadowolenie jéj trwało bardzo krótko — po kilku tygodniach bóle stały się nieznośnemi, przeto dnia 3 listopada znowu do szpitala wróciła. Później dowiedziałem się od dzieci jéj, iż miała nieznośne pożycie małżeńskie, że ją mąż często bił, szczególniéj po głowie tak, że nieraz przytomność traciła.

Za przybyciem do szpitala znaleziono bródkę nieco ku tyłowi cofniętą, a policzek prawy w górnéj części mocno obrzmiały. Obrzmienie rozciąga się po dolny brzeg prawego oczodołu i na kość jarzmową. W jamie ustnéj jest nieznaczne obrzmienie, a w miejscu zębodołu jest blizna. Gruczoły podszczękowe po stronie prawéj nieco powiększone.

Dnia 15/XI postanowiłem usunięcie reszty szczęki górnéj jakoteż kości jarzmowéj prawéj. Po uśpieniu choréj przeciąłem górną wargę pionowo w środku, następnie okroiłem prawe skrzydło nosowe, ztąd poprowadziłem cięcie ku wewnętrznemu kątowi oka a ztamtąd wzdłuż dolnego brzegu oczodołu ku prawéj kości jarzmowéj, drążąc odrazu aż do kości. Na tępo oddzieliłem teraz części miękkie razem z okostną od kości i odsunąłem cały płat na zewnątrz. Obejrzenie kości wykazało, iż martwina zajęła i kość jarzmową. Dłutkiem resekowałem tedy kość jarzmową, prowadząc cięcie ku *foramen infraorbitale*. Następnie oddzieliłem wskazicielem lewym części miękkie od oczodołu, drążąc od zewnętrznego kąta oka ku wewnętrznemu, a potem dłutkiem przeciąłem połączenie wyrostka nosowego szczęki, oddzielając ją tym sposobem od kości nosowéj i czołowéj. Nareszcie oddzieliłem części miękkie od podniebienia twardego, również dłutkiem tnąc w linii środkowéj od przodu ku tyłowi. Ujęta w szczypczyki kostne szczęka, dała się dość łatwo wyważyć, będąc jednak bardzo stoczoną, kruszyła się.

W tem tętno nagle zaczęło coraz bardziéj słabnąć, twarz choréj zbladła, oczy w słup, oddech powierzchowny. Wydobyto język, natryski zimną wodą, sztuczne oddechanie przy zwieszonéj głowie. Mimo to tętno coraz bardziéj słabło, nareszcie ustało i oddechanie.

Sekcyja wykazała: Lekkie podbiegnięcie krwią dużéj półkuli mózgowéj prawéj. Duże skrzydło prawéj kości klinowéj ma miejsca martwiną zajęte. Zrosty opłucnowe stare po obu stronach, miąższ płuc niedokrewny. Mięsień sercowy w dwójnasób powiększony, stłuszczony. Wątroba zamkła, stłuszczona. Śledziona powiększona, na torebce znaczne pokłady tłuszczu. Na torebkach nerkowych które schodzą gładko, duża warstwa tłuszczu. Nerki małe, na przekroju połyskują żółtawo (stłuszczone). Sieć miejscami zrośnięta z otrzewną ścienną, ma dużo tłuszczu. Żołądek znacznie rozszerzony.

II. Juliusz D. z Biały, lat 21 liczący, pracuje w fabryce siódmy rok, dawniéj był zajęty maczaniem patyczków w masie fosforowéj. Ojciec zmarł z powodu choroby piersiowéj, matka żyje i jest zdrową. Chory doznał bólu zębów po stronie prawéj szczęki dolnej, kazał sobie wyjąć pierwszy ząb trzonowy, mimo to bóle coraz się wzmagały, udał się przeto do szpitala dnia 19/VI 1891. Mężczyzna 159 ctm. wysoki, o wątłéj budowie ciała, niedokrewny, waży 51·45 klg. Okolica prawéj połowy szczęki dolnéj obrzmiała, obrzmienie sięga ku kości jarzmowéj nieco poza kąt szczęki dolnéj i do środka wargi dolnéj. Po otwarciu jamy ustnéj widać, iż dziąsła po prawéj stronie szczęki dolnéj są rozpulchnione i obrzmiałe, w dotykaniu bolesne. Pierwszego zęba trzonowego niema. Stan ten w ciągu trzytygodniowego pobytu w szpitalu pogarszał się mimo płukań, w dniu 7/VII wyłuszczyłem przeto w narkozie prawą połowę żuchwy. — Przeciąwszy wargę dolną pionowo z góry na dół w samym środku, odsunąłem płaty na prawo i lewo, potem naciąłem dziąsła wzdłuż prawego zębodołu a oddzieliwszy na tępo okostnę od kości, przeciąłem piłką łańcuszkową szczękę pomiędzy obu siekaczami wewnętrznemi, nareszcie w sposób poprzednio opisany wyłuszczyłem prawą połowę szczęki, na któréj miejsce włożyłem tampon z gazy jodoformowéj a wargę zespoiłem szwem kuśnierskim z katgutu chromowego.

Przebieg pooperacyjny całkiem bezgorączkowy, w 4 dni zmieniłem tampon z gazy jodoformowéj. Dnia 17/VII przy zmianie opatrunku wydobyłem szew z wargi, rana wygojona przez rychłozrost. Chory potrafi jeść chleb i mięso, a 23/VII opuścił zakład.

Dnia 6/XI 1891 znowu zgłosił się do szpitala z powodu bolów w lewéj szczęce dolnéj, jakoteż w lewym stawie skokowym, który znaleziono obrzmiałym i zaczerwienionym. Z wywiadów pokazało się, iż czuł się zupełnie zdrowym i że przez ostatnie 4 tygodnie znowu pracował w fabryce zapałek. Zalecono kąpiele parowe i salicylan sodowy. Zapalenie w stawie skokowym ustąpiło, jednakże ból w szczęce dolnéj się utrzymuje. Obrzmienie w okolicy lewego jéj kąta jest dość znaczne, szczęka zbacza na wewnątrz i nieco ku prawéj stronie tak, że się zęby nie schodzą. Dziąsła po lewéj stronie są dość pokaźnie obrzmiałe, z pomiędzy zębów wydziela się cuchnąca ropa.

Dnia 28/I 1892 wyłuszczyłem lewą połowę szczęki dolnéj nie przecinając wcale skóry. W narkozie przy zwieszonéj głowie naciąłem dziąsła wzdłuż zębodołów, oddzieliłem przeważnie na tępo okostną od kości, przecinając tylko mię-

śnie przyczepione do bródki i do kąta żuchwy, potem pod kontrolą palca nożyczkami krzywemi odciąłem mięsień skroniowy od wyrostka żurawiego i ująwszy kość w szczypce kostne dość łatwo ją wyważyłem. Język wyciągał tymczasem asystent na zewnątrz. Nareszcie włożyłem w miejsce ubytéj kości tampon z gazy jodoformowéj. Podczas przebiegu pooperacyjnego utworzył się ropień w okolicy lewego kąta szczęki dolnéj, który nacięto, zresztą był przebieg prawidłowy, bezgorączkowy. Chory, opuściwszy zakład, jakiś czas innego szukał zatrudnienia, obecnie jednak, jak się dowiaduję, znowu pracuje w téj saméj fabryce zapałek.

III. Franciszek G., z Międzybrodzia lipnickiego, lat 23 liczący, pracował w fabryce zapałek w Bielsku od 5/IX 1890 r. Zajęciem jego było maczanie patyczków w masie fosforowéj. Rodzice jeszcze żyją i są zdrowi, sam tylko na dur chorował. Na wiosnę 1891 r. kazał sobie wyjąć pierwszy ząb trzonowy po lewéj stronie żuchwy i odtąd ból nie ustawał: w sierpniu tegoż roku powstało obrzmienie dziąseł i ślinotok, szukał przeto pomocy w szpitalu d. 15/IX 1891. Mężczyzna wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiony. W okolicy lewéj połowy szczęki dolnéj jest obrzmienie przy dotykaniu bolesne. W dolnéj szczęce brak dwóch zębów trzonowych po stronie lewéj, trzeci jeszcze nie wyrosł, dziąsła po lewéj stronie obrzmiałe, zaczerwienione i bolesne, otwieranie ust upośledzone.

Dnia 24/IX wyłuszczyłem w narkozie lewą połowę szczęki. Nie przecinając wcale skóry przeciąłem błonę śluzową wzdłuż wyrostka zębodołowego po stronie lewéj, potem tępo oddzieliłem okostnę od kości, wyjąłem oba siekacze lewe i przeciąłem pomiędzy niemi piłką łańcuszkową szczękę, nareszcie w sposób przedtem opisany wydobyłem szczękę. W tem nastąpił znaczny krwotok żylny. Wytamponowałem szybko jamę gazą jodoformową, którą dla pewności, aby nie wypadła, przyszyłem do skóry szwem płytkowym. Czwartego dnia odjąłem płytki, dnia 30/IX usunąłem gazę a 24/X wypuściłem chorego. Szczęka prawa zbacza na lewo i wewnątrz.

Tenże chory powrócił do szpitala w dniu 9/II 1891 z powodu nieżytu żołądka. Przy badaniu spostrzeżono nadto, iż lewy policzek stale jest obrzmiały a w jamie ustnéj blisko małżowiny usznéj widać otwór, z którego wydobywa się ropa. Po kilku tygodniach, gdym ropienia uśmierzyć nie mógł, rozszeszyłem otwór i ujrzałem w głębi kawałeczek gazy, widać jeszcze od operacyi tam siedzącéj. Po wydobyciu téjże rychło ustało ropienie, jakoteż przypadłości żołądkowe. Późniéj wystąpiło jeszcze ropienie w okolicy podszczękowéj lewéj, które dwukrotnie nacięto. Dalej sprawdzono zapalenie okostnéj prawéj połowy szczęki, chociaż zęby po téj stronie były zdrowe. Teraz dopiero przyznał się chory, iż opuściwszy szpital, przez 2 tygodnie pracował w fabryce zapałek, inaczéj bowiem nie chciano mu wydać książki robotniczéj. Z powodu silnych bólów prosił o usunięcie szczęki, czego dokonano w dniu 18/I 1892 r. W sposób poprzednio opisany wyłuszczyłem kość bez cięcia skórnego. Tampon po operacyi włożony wypadł trzeciego dnia a świeżo włożony już nazajutrz, przeto już jamy nie tamponowałem. 21/I zjadł już siekany kotlet.

IV. Franciszek G. z Bestwiny, lat 23 liczący, pracował około 8 lat w fabryce zapałek w Bielsku, potem przez 3 miesiące w Wadowicach, a od 1/IV 1890 począwszy znowu w Bielsku. Zatrudnienie miał rozmaite. W jesieni roku 1891 rozbolały go zęby w szczęce dolnéj, po stronie lewéj, kazał sobie wyjąć pierwszy ząb trzonowy i pracował daléj. Z początkiem kwietnia jednak 1892 musiał zaprzestać roboty z powodu bólów, a 9/V wstąpił do szpitala. Mężczyzna wzrostu średniego, niedokrewny, okazuje obrzmienie wzdłuż lewéj połowy szczęki dolnéj, skóra w okolicy lewego kąta tejże szczęki jest sinawo zabarwioną i okazuje wrzód wielkości centa. Po otwarciu jamy ustnéj widać obrzmienie dziąseł, przy dotykaniu bolesne po lewéj stronie, zęby ciemno zabarwione.

Dn. 12/V w narkozie wyłuszczyłem całą dolną szczękę bez cięcia skórnego i to tak, żem piłką łańcuszkową wprowadzoną od jamy ustnéj przeciął szczękę na dwie połowy, następnie w sposób poprzednio opisany najpierw lewą połowę a zaraz potem i prawą usunąłem. Przebieg pooperacyjny był zupełnie zadowalający, a 1/VI powrócił do domu, będąc już od tygodnia w stanie jeść chleb i mięso.

W niniejszym przypadku dokonałem odrazu wyłuszczenia całéj szczęki dolnéj. W poprzednich przypadkach bowiem przekonałem się, iż sprawa chorobowa po częściowéj resekcyi, rychło się przenosi na pozostałe części, zwłaszcza, gdy chorzy nie zaprzestają roboty w fabryce zapałek, unika się przeto dwukrotnéj operacyi. Powtóre jedzenie i mówienie po resekcyi częściowéj jest o wiele bardziéj upośledzone, aniżeli po całkowitem wyłuszczeniu. Trzecim powodem był wzgląd na kosmetykę, chorzy bowiem z brakiem całéj szczęki piękniéj wyglądają, aniżeli po resekcyi częściowéj, zwłaszcza jeżeli się wyłuszczenia dokonywa od jamy ustnéj bez cięcia zewnętrznego. (Dok. nast.).

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Jedynie zatem te dwa przypadki przemawiałyby zatem, iż dla wystąpienia nerwowych zmian w zachowaniu się ciepłoty i tętna potrzebną jest obecność wypociny czy to w komórkach mózgowych, czy to na podstawie. Powyższe zaś przypadki przekonywają nas, iż obecność wypociny czy to tylko w komórkach, czy na podstawie, nie pociąga za sobą koniecznie zmian owych w ciepłocie i tętnie, że zmiany te występują częściéj, jeżeli wypocina i w komórkach i na podstawie się znajduje, t. j. jeżeli sprawa sama jest rozleglejszą, jest cięższą. Wobec powyższych spostrzeżeń nasunąćby się mogło przypuszczenie, iż zmiany rzeczone ciepłoty i tętna nie zależą od drażnienia nerwu błędnego, ani pośredniego ani bezpośredniego produktem zapalenia następowego, lecz tylko od drażnienia wprost samemi gruzełkami a względnie może i prątkami, bo we wszystkich przypadkach, w których zmiany były wyraźne, była obfita ilośc gruzełków rozsianą i na oponach i na powierzchni mostka aż do skrzyżowania nerwów wzrokowych, a w przypadkach, w których gruzełki umiejscowione były na korze a nie na podstawie, nie było ani zmian w ciepłocie ani tętnie, nie było zaparcia stolca i nie było wymiotów. Zbadanie histologiczne nerwu błędnego byłoby pożądanem.

Pod względem zachowania się ciepłoty jest jeszcze zajmującem znaczne podwyższenie jéj przedśmiertne. Jest to objaw niestały, którego też brak w bardzo wielu przypadkach; w tych atoli, w których występuje, pozwala z największem prawdopodobieństwem oznaczyć, iż śmierć jest już tylko kwestyją najdalej kilku godzin. Objaw ten tłomaczą porażeniem nerwu błędnego. Zauważyć chciano, iż objaw ten występuje prawie tylko w miesiącach gorących. W przypadkach przez nas zauważanych wystąpiło podwyższenie znaczne ciepłoty przed śmiercią w przypadkach 1, 8, 12 15, 26 i 29, trzy razy w miesiącu lipcu, raz w styczniu, raz w marcu, raz w grudniu. Rzadziéj występuje przed śmiercią obniżenie ciepłoty niżéj prawidłowéj. Gnaendinger zauważył u dziecka w miesiącu maju przed śmiercią ciepłotę 28·6°, Glaser w klinice Demmego 27·0°. Najniższa, jaką myśmy

zauważyli, była 36·1°. O podwyższeniu ciepłoty znacznem po śmierci przekonać się nie byliśmy w stanie.

Zachowanie się oddechu niema nic cechującego. Zaburzenia występują już częstokroć w okresie zwiastunów i polegają na wzdychaniu, przyspieszeniu oddechu i stękaniu; w okresie pierwszym jest oddech albo bardzo przyspieszonym albo zwolnionym, co zresztą zależy także i od obecności zmian gruźliczych lub zapalnych w samych płucach; w okresie drugim pojawia się często tor oddechowy Cheyne-Stokesa i to niekoniecznie tuż przed samym zgonem. Objaw ten zauważyliśmy w przypadkach 4, 6, 8, 12, 15, 18, 23, 24, 29. Oddech nieregularny i przyspieszony zależy prócz od zadrażnienia ośrodka oddechowego, także i od stanów skurczowych, jakim w ciągu choroby ulegają mięśnie t. zw. oddechowe.

Do objawów ze strony nerwów naczynioruchowych, występujących także już w pierwszym okresie, należy mienienie się twarzy, nagłe zaczerwienienie i zblednięcie, wypieki i t. zw. plamy Trousseaua; częściéj pojawiają się one w okresie drugim i znane są matkom jako „spazmy wewnętrzne". Objawy te nie cechują jednak zapalenia opon gruźliczego, bo pojawiają się nietylko w innych postaciach zapaleń, ale także nawet i w przekrwieniach opon. Zdarzało mi się spostrzegać je często przy trudniéjszem ząbkowaniu u dzieci, które wkrótce jednak potem wyzdrowiały. Obfite poty i ślinienie zauważyliśmy tylko w przypadku 13-tym, same poty w przypadku 22.

Mocz zbadać było można tylko w 9-ciu przypadkach: w czterech (9, 11, 12, 25) białka nie było ani śladu, w przypadku 10-tym była mała ilość, w 13-tym ślad ledwo spostrzegalny, w 16-tym (w pierwszym okresie) ilość znaczna, w 18-tym bardzo znaczna (komplikacyja z gruźlicą narządu moczo-płciowego), a w 21-ym ilość dość znaczna, (badanie mikroskopowe osadu stwierdziło zapalenie nerek). Fosforany ziemne w znacznéj ilości stwierdzono w przypadkach 10-tym, 12-tym i 25-tym.

Nieckowate zaklęśnięcie brzucha rozpoczynające się zaraz z początkiem pierwszego okresu, a najwyraźniejsze w okresie 2-gim, polegające przypuszczalnie na parezie mięśni jelita, nie jest objawem stałym. W jednych przypadkach jest zaklęśnięcie to mało wybitnem, w innych wpada przedewszystkiem w oko, w jednych występuje zaraz równocześnie z wymiotami i zaparciem stolca, w drugich dopiero w okresie 2-gim. W niektórych natomiast przypadkach spostrzegamy zamiast zaklęśnięcia nawet i wzdęcie brzucha, jak n. p, w przypadkach 11-ym, 21-ym, 22-im, 25-ym. W przypadkach 5-ym, 19-ym i 28-ym nie było ani zaklęśnięcia ani wzdęcia, brzuch był prawidłowo wysklepiony: w przypadkach 3-cim i 12-tym był pierwotnie wzdętym, a dopiero w okresie drugim zapadał się powoli.

Przystępujemy teraz do zaburzeń w sferze ruchowéj. Do nich należą przykurczenia, drgawki i porażenia. Najpierw występują objawy ze strony mięśni, względnie nerwów na twarzy i karku, a są niemi: wzrok sztywny lub wystraszony, niedomykanie powiek lub opad powieki górnéj, zez, zwężenie lub niejednostajne rozszerzenie źrenic, zamazanie fałdu nosowo-wargowego, uśmiech, mlaskanie, oblizywanie się, zgrzytanie zębami i tężec karkowy. Objawy wyżéj wymienione zależne są od zajęcia nerwu twarzowego, okoruchowego i podjęzykowego. Podczas snu nie domyka dziecię jednego lub obydwu ócz, chwilami zezuje dośrodkowo to jednem to drugiem okiem, przebudzone spoziera nieruchomo w jeden punkt, gałki zwrócone zazwyczaj ku górze, źrenice zazwyczaj są wązkie, czasem jedna mniéj, druga więcéj zwężona i to na przemian. Objawy te występują już często w okresie zwiastunów i są przemijające, w okresie pierwszym są wybitniejsze i utrzymują się dłużéj. Zez jest zbieżny, rozbieżny występuje dopiero po największéj części w okresie drugim, t. j. ucisku, rownocześnie z *nystagmus* i rozszerzeniem źrenic. Uśmiech bywa przelotny, najczęściéj tylko podczas snu. Sztywność w karku potęguje się w okresie 1-ym, największa w okresie drugim, tu zależna już od zadrażnienia rdzenia przedłużonego płynem mózgordzeniowym, wypartym z jamy czaszkowéj. W okresie 1-ym widać często wiercenie główką zwłaszcza u mniejszych dzieci w poduszki. Do objawów pomniejszych okresu 1-go zalicza się jeszcze i ziewanie. Późniéj dopiero występują drgawki na kończynach i tułowiu. Częstokroć rozpoczyna się okres pierwszy od napadu drgawek ogólnych, częściéj jednak od automatycznego kurczu jednej kończyny, zwłaszcza u dzieci młodszych np. od głaskania lub pocierania twarzy. Drgawki albo obejmują symetrycznie obie połowy ciała, albo ograniczają się tylko do połowy, najczęściéj obejmują mięśnie twarzy i kończyn górnych z przewagą jednéj strony. W miejsce drgawek występuje czasami tylko drżenie członków, jakgdyby wskutek dreszczu.

Drgawki mogą tylko raz jeden wystąpić albo powtarzać się częściéj, co jest rzeczą zwyczajną w okresie drugim. Przykurczenia pojawiają się po największéj części na kończynach i są przemijającemi, występują albo naprzemian z drgawkami, albo równocześnie i nigdy w stopniu znacznym. Wyjątek stanowi tylko skurczenie mięśni karkowych i często też lędźwiowych. Porażenia istotne występują dopiero z końcem okresu drugiego, w pierwszym pojawiają się tylko niedowłady, najczęściéj ze strony mięśni twarzy (*facialis*), jakoteż pewnych grup mięśni na kończynach. Te też są przemijające, w jeden dzień pojawia się niedowład kończyny jednéj, w drugiéj ustępuje, a natomiast spostrzegamy niedowład kończyny przeciwnéj. Odruch połykowy ustaje zazwyczaj w okresie drugim, podobnie odruchy skórne.

Tak zachowywały się objawy w przeważnéj liczbie przypadków naszych, w innych jednakowoż bywał przebieg niezwykły. W kilku przypadkach brakło zupełnie objawów ze strony sfery ruchowéj, w innych była kolejność objawów zmienioną, w innych nareszcie spostrzegaliśmy objawy wcale niezwykłe. W przypadku 9-tym np. były źrenice w początkach choroby rozszerzone, a wąskie w okresie, w którym niewątpliwe były objawy ucisku mózgowego. W przypadku 3-cim wystąpiły nagle krótkotrwałe drgawki bez innych objawów, po których dziecię napozór wróciło do stanu prawidłowego; dopiero po 24 godzinach wystąpiły znów drgawki i wtedy dopiero rozwinął się obraz choroby właściwy. Podobnie było w przypadku 11-tym. W przypadku 5-tym wystąpiło w początku choroby zaraz po pierwszych drgawkach zupełne porażenie nerwu twarzowego lewego i kończyn połowy lewéj ciała; sekcyja wykazała obecność guzków gruźliczych na powierzchni prawéj półkuli mózgowéj. Podobnie w przypadku 6-tym, zaraz z początku porażenie kończyny górnéj prawéj i prawego n. *facialis;* przy sekcyi nie było wprawdzie guzków lecz natomiast liczna erupcyja gruzełków i wypocina na półkulach. W przypadku 8-ym wystąpił niedowład kończyn lewéj połowy ciała a ciągłe podrzucanie

kończyny górnéj prawéj, w górę ponad głowę. W dalszym okresie *opisthotonus* nadzwyczaj silny. Dla pierwszego objawu nie znalazła sekcyja właściwéj przyczyny, przypuszczać tylko należy znaczniejszą erupcyję gruczołków po stronie lewéj, dla drugiego było przyczyną silne zajęcie także i opon rdzeniowych. W przypadku 9-tym były drgawki ograniczające się do połowy prawéj ciała, późniéj przykurczenia, przy sekcyi znaleziono guz gruźliczy w lewéj komórce mózgowéj. W przypadku 26. drgawki lewéj połowy ciała, przy sekcyi guzki serowate na wypukłości półkul. W przypadku 16-ym rozpoczęła się choroba od napadu padaczkowego; w przypadku 12-ym cierpiał chory dawniéj na napady padaczkowe.

Do objawów ze strony czuciowéj należał przedewszystkiem światłowstręt i przeczulica znacznego częstokroć stopnia. W okresie późniejszym choroby ustępuje przeczulica miejsca znieczuleniu (*Anaesthesia*), obejmującemu albo niektóre tylko członki, albo też i całe ciało. Nie zawsze było czucie tam zniesionem, gdzie kończyna była porażoną. W przypadkach 5 tym i 6 tym wystąpiło zniesienie czucia już w okresie 1-ym i to w 5-tym na kończynie górnéj lewéj, w 6 tym na kończynie gornéj prawéj, w obu półkule mózgowe były zajęte. Odruchy w pierwszym okresie znacznie silniejsze, w 2-gim albo ustawały zupełnie albo miejscowo albo wreszcie występowały jeszcze lecz znacznie słabiej.

O objawach ze sfery psychicznéj w początkach choroby mówiliśmy na wstępie tego rozdziału, tu tylko przypominamy, iż u dzieci młodszych przeważa śpiączka i odurzenie zaraz z początku, u starszych bezsenność i budzenie się z krzykiem. Dzieci w okresie zwiastunów niczem dłużéj zająć się nie potrafią, nic ich nie bawi, robią wszystko jakby od niechcenia i bywają bardzo drażliwe. Po pierwszych drgawkach w rozwiniętym okresie pierwszym ginie już przytomność, starsze dzieci odzyskują ją jeszcze na czas krótszy; z początkiem okresu ucisku występuje stale śpiączka i bezprzytomność zupełna, z któréj dziecię już wyrwanem być nie może. Z pomiędzy przypadków naszych powróciła przytomność po drgawkach w okresie pierwszym w przypadkach 6-ciu a mianowicie w 2-gim 3-cim 8-ym 11-ym i 16-tym. W przypadku 2-gim jeszcze na 36 godzin przed śmiercią, chora dziewczyna 8-letnia przemówiła nawet, w 5-ym na 24 godzin przed śmiercią (chłopiec 8-letni).

Z pomiędzy objawów zależnych od zapalenia opon gruźliczego u dzieci wieku pierwszego (*premiére enfance*) podnieść jeszcze należy zachowanie się ciemienia. Podają, iż w okresie zadrażnienia spostrzega się silniejszą pulsacyję i wypuklenie, w okresie ucisku wypuklenie jeszcze znaczniejsze a tętnienie słabsze, w okresie 3-cim zapadnięcie ciemienia. Zdaniem mojem jednak odnosi się to spostrzeżenie tylko do zapalenia opon zwyczajnego, gdzie wypocina znajduje się 1° w znaczniejszej ilości, 2° na półkulach mózgowych i w komórkach, gdzie zatem objawy ucisku są znaczniejsze. Ograniczone zapalenie opon gruźlicze na podstawie nie zmienia tak dalece ucisku śródczaszkowego, ażeby to wten sposób na ciemieniu odbić się miało. W licznych przypadkach także w praktyce prywatnej uważałem, iż w zapaleniu gruźliczem nie ma wcale zmian w zachowaniu się ciemienia albo jest nie tylko silniejsze tętnienie; wypuklenie ciemienia ze słabem tętnieniem odnieść raczej należy do zapalenia zwyczajnego i może to zdaniem mojem w przypadkach wątpliwych przemawiać przy rozpoznawaniu za tą postacią zapalenia a przeciw zapaleniu na tle gruźliczem.

Z pomiędzy objawów od zapalenia nie zależnych lecz więcéj przypadkowych zauważyliśmy między innemi także i choroby skórne. A mianowicie *pityriasis versicolor* w przypadku 2-gim, *furunculosis* w przypadkach aż trzech, bo w 4 tym 11-tym i 17-tym, *herpes labialis* w przypadku 12-ym, w tymże samym i *miliaria alba et crystallina, eczema faciei et capillitii* rozległe w przypadku 29-tym. Jedynie to ostatnie cierpienie mogłoby mieć jakiś związek przyczynowy z zapaleniem gruźliczem. Z pomiędzy przypadów innych wyszczególnić tylko należy krwotoki płucne w przypadkach 18. i 26 wśród rozwiniętego już zapalenia a prawdopodobnie drgawkami wywołane.

Poniżej podajemy przypadki te w porządku chronologicznym, w jakim pod obserwacyę szpitalną przyszły; mniej zajmujące podajemy tylko w streszczeniu, ciekawsze według kart szpitalnych i protokołu sekcyjnego z zakładu prof. Browicza.

Przypadki te są następujące:

1. Ludwika Gołębiowska, lat 4, źle odżywiona przyjęta do szpitala 18 stycznia 1879. Od dłuższego czasu miewała napady zimnicze, od dni kilku nudności, wymioty, zaparcie stolca, brak apetytu.

Status praesens: Kościec prawidłowy, cera ziemista. W obu płucach liczne drobne rzężenia, stłumienie odgłosu wypukowego po nad szczytem płuca lewego z tyłu, obrzęk znaczny śledziony. Chora apatyczna, ospała, ciepłota 37·5. Wymioty, kaszel, ból głowy.

W dniach 19 i 20 stan jednakowy c. w. 38·7, leniwa reakcyja źrenic i rozszerzenie lewej. W nocy pierwszy atak drgawek zwłaszcza mięśni twarzowych, utrata przytomności.

21 c. r. 38·4, c. w. 39·5. Drgawki wśród dnia się powtarzają, w chwilach od drgawek wolnych leży z powiekami w pół tylko przywartemi, gałki oczne ku górze zatoczone, głowa miernie ku tyłowi podana, oddech przerywany rzężący, tętno nieregularne.

22 o godz. 5 rano śmierć.

Sekcyja wykonana 23 stycznia wykazała: *Degeneratio caseosa gland. bronchialium sbsq. peribronchitide caseosa pulmonis sin. et tuberculosi acuta miliari pleurae, pulmonum, pericardii, medullae ossium et hepatis sbsq. meningitide tuberculosa basilari, hydrocephalo acuto interno. Tumor lienis chronicus, melanosis hepatis, catarhus chronicus intestini, pneumonia catarhal sinistra.*

„Czaszka prawidłowa, miarowa; opona twrada blada gładka, lśniąca, miernie napięta, opony miękkie nieznacznie dziurkowato nastrzykane zresztą cienkie, blade, okazują szczególniéj na podstawie znaczniejszą ilość wzdłuż naczyń rozsianych gruzełków. Zwoje mózgu miernie przypłaszczone, na podstawie tuż przy skrzyżowaniu się nerwów wzrokowych mierna ilość wypociny białawo-żółtéj trzęskiej. Komórki mózgowe nieznacznie rozszerzone, zawierają nieco cieczy jasnéj surowiczéj".

2. Anna Panek, lat 8, przyjęta 20 lutego 1879. Choroba rozpoczęła się przed tygodniem od zatrzymania stolca i wymiotów.

St. pr. Kościec prawidłowy, miernie odżywiona, gruczoły karkowe macalne, na skórze klatki piersiowéj i brzucha *pytyriasis versicolor*. Stłumienie nad obydwoma szczytami płuc, oddech chuchający, rzężenia wilgotne.

Wymiary serca prawidłowe, tony głuche lecz czyste, tętno 60. Brzuch nieckowato zapadnięty, śledziona i wątroba niemacalne. Ciepłota wieczorna 38·0, znaczna nadczułość skóry, skurcz mięśni karkowych, bezprzytomność, powieki wpół przywarte, gałki oczne prawie nieruchome, źrenice rozszerzone. Kończyny dolne w stanie skurczonym, nie wymiotuje, stolca nie było.

21 c. r. 38·3, c. w. 38·0, tętno 60 do 90, nieregularne, *Opistothonus* ustąpił, *coma*.

22 Stan jednakowy, c. r. 38·2, c. w. 38·9, wieczorem przytomność na czas krótki powróciła, chora żądała napoju

23 c. r. 38·7 tętno nikłe, chybkie, szczękościsk, zupełny brak przytomności, znaczne rozszerzenie prawéj źrenicy c. w. 38·4. Drgawki silne i tługotrwałe. 24 nad ranem umarła.

Sekcyja wykonana 25 lutego wykazała: *Degeneratio caseosa glandul. bronchial. sbsq. peribronchitide tuberculosa et caseosa pulmonis utriusque sbqs. meningitide caseosa et hyperplasia glandul. mesaraicarum. Tumor lienis chronicus, infiltratio adiposa renis utriusque, concretio cordis cum pericardio totalis, degeneratio caseosa circumscripta exsudati pericardialis, pleuritis adhaesiva bilateralis obsoleta, oedema pulmonum recens.*

„Czaszka prawidłowa, symetryczna, opona twarda blada, gładka, lśniąca, opony miękkie cienkie, żywo drzewkowato nastrzyknięte, w licznych miejscach sine, surowiczo obrzękłe. W przestworach podpajęczych skąpa ilość cieczy surowiczéj nieco tylko mętnej. Na podstawie w bliskości mostu Varola i nerwów wzrokowych znaczniejsza ilość szarawéj, trzęskiéj wypociny, nadto widać wzdłuż zatoki Sylwiusza na przylegających do siebie powierzchniach mózgu, móżdżku, około *infundibulum* liczne guzki białawe, białawo-szare, wielkości ziarna maku, gdzieniegdzie w grupach po kilkanaście“.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

S o k o ł o w: **O przeziewie skórą u dzieci w warunkach fizyjologicznych i patologicznych.**

Fizyjologiczny przeziew skóry badał autor za pomocą metody Weyrycha (hygrometru do doświadczeń używał podanego przez Crovata) u 35 dzieci w wieku od 1 do 13 go z. ż. i dokonał 250 doświadczeń, z czego wnosi, że 1) przeziew skóry jest w stosunku prostym do zmian ciepłoty otoczenia, — a odwrotnym do względnéj wilgotności powietrza, do wieku i do ciepłoty ciała. 2) przyjęcie pokarmów czy to stałych czy płynnych zwiększa fizyjologiczny przeziew, 3) powleczenie skóry tłuszczami choćby obojętnemi zwiększa przeziew.

W patologicznych warunkach badał autor przeziew skóry u 30 dzieci w wieku od 2 do 12 lat, dokonał 300 doświadczeń w przebiegu płonicy, 183 wśród normalnéj ciepłoty, 113 wśród gorączki i przychodzi do wniosku, że 1) w przebiegu płonicy we wszystkich okresach przeziew skórny zmniejszony, najbardziéj z chwilą wystąpienia białkomoczu, zapalenia nerek i napadu mocznicowego; to też te choroby wikłające płonicę wprowadza autor w związek przyczynowy z przeziewem skóry. 2) zwiększenie wilgotności a zmniejszenie ciepłoty otoczenia usposabia do powstania zapalenia nerek utrudniając przeziew skórny, ztąd chorych na płonicę należy trzymać w ciepłéj a suchéj ciepłocie. 3) ciepłe kąpiele zwiększają przeziew skóry, dlatego w przebiegu płonicy należy je stosować od samego początku i to najlepiéj o ciepłocie 30⁰ R. przez 15 minut. 4) nacierań skóry, tak przez niektórych autorów polecanych, należy stanowczo zaniechać, albowiem zmniejszając przeziew ułatwia się tylko występowanie zapalenia nerek. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, XIV Bd., V H., 1892). *Dr. Komorowski.*

Prof. K o c h e r: **Zapobieganie matołectwu w świetle najnowszych badań.**

Matołectwo przedstawia upośledzenie i upadek sił fizycznych i duchowych i łączy się z pojęciem idyotyi, wyróżniając się natomiast od głuchoniemoty i mikrokefalii. Występuje ono w dwóch formach, t. j. albo matołek zbliża się swem uzdolnieniem fizycznem i umysłowem do rzędu zwierząt lub do rzędu roślin,

Matołek jest wzrostu upośledzonego a pojedyncze jego członki są niestosunkowo znacznie rozwinięte i tak głowę ma zwykle wielką, toż samo brzuch, szyję krótką i grubą, nos szeroki, płasko zapadnięty, język wielki i gruby, wystające kości policzkowe i grube, wywinięte wargi. Obok tych uamion okazuje każdy matołek znaczną chérę (*cachexia*). na skórze już widoczną. Skóra bowiem jego jest wiotka, zimną, pomarszczoną, nie sprężystą, często obrzękłą na wielu miejscach i kredowato bladą. Wejrzenie twarzy matołka jest przedwcześnie starcze. Mowy nie rozumie, mówić sam nie umie, zmysły ma z wyjątkiem wzroku upośledzone. O ile jeszcze może się poruszać i zmieniać miejsce, o tyle przy powyżéj opisanym stanie sił fizycznych i umysłowych równa się zwierzęciu; jeźli jednak, jak to u rzeczywistych matołków bywa, i poruszać się nie może, bo kończyny są za małe i nadto bezsilne, aby potwornem ciałem poruszać i je nosić, wówczas zbliża się do rzędu roślin. W tym ostatnim stanie domaga się matołek jedynie pokarmu.

Co do istoty matołectwa tyle nam jest tylko wiadomem, iż łączy się ono z wolem, który od Lombrosego uzyskał miano „herbu matołectwa“. Matołectwo zdarza się tylko w tych okolicach, w których nagminnym bywa wól; nierzadko spotkać można całe rodziny matołków z wielkiemi wolami, a co ważniejsza można spotkać w tychże samych rodzinach członków dotkniętych tylko wolem. Nie ulega wątpliwości, iż wól za sobą pociąga matołectwo; jednak nigdy nie wywołują pewne dotąd jeszcze nieznane szkodliwości najpierw matołectwa a następnie wole, lecz odwrotnie.

Autor wykazał dawniéj już, iż występująca po całkowitem wycięciu gruczołu tarczykowego wraz z wolem „*cachexia thyreopriva*“ (lepiéj niż *strumipriva)* objawami swemi niczem od matołectwa się nie różni. Podobnie nie różni się niczem choroba samoistnie występująca, łącząca się z zupełnym zanikiem gruczołu tarczykowego, w ostatnich dopiero latach określona nazwą „myxoedema“. Wobec tych dowodów jest rzeczą stwierdzoną, iż matołectwo jest następstwem utraty czynności gruczołu tarczykowego w ustroju. Zdaniem K. istnieje matołectwo nagminne, operacyjne (*cachexia thyreopriva*) i wreszcie sporadyczne (myxoedema). Matołectwo bez wola wydarza się, ale wówczas matołek nie posiada nawet śladu gruczołu tarczykowego. Być może, że istniał u niego wól w życiu jego płodowem, następnie zaniknął wraz z resztką prawidłowego gruczołu tarczykowego. Wreszcie mógł gruczoł tarczykowy pod wpływem zmian zapalnych lub zakaźnych jeszcze w życiu płodowem zaniknąć.

Występowanie nagminne matołectwa łączy się z występowaniem wola. Przyczyną zaś wola zdaje się być woda, mieszcząca w sobie może odpowiedne pasorzyty. Możliwemby tedy było zapobiedz skutecznie występowaniu wola w okolicach nim nawiedzonych, starając się o lepszą wodę do picia, zaprowadzając wodociągi lub polecając do użytku domowego i do picia jedynie przegotowaną wodę. W taki sposób bowiem, jak to dowodzą Chińczycy, wola i matołectwa pozbyć się można. (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 34.)

Choroby nerwowe.

Prof. S c h m i d t - R i m p l e r (Getynga): **Symulacyja współśrodkowego ścieśnienia pola widzenia w uwzględnieniu nerwic urazowych.**

Symulacyja ścieśnienia pola widzenia istniała jeszcze przed ogłoszeniem ustawy skłaniającéj do wynagradzania osób dotkniętych wskutek jakiegokolwiek przypadku nerwicą urazową. Istniała ona już u żołnierzy a raczéj u powołanych do poboru wraz ze symulacyją upośledzenia bystrości wzroku naośnego. Przyczyną symulacyi może być niezrozumienie pouczenia badanego, jak ma się zachować przy badaniu za pomocą perimetru. Nie pojętny bowiem chory odpowiada nieraz przy badaniu za pomocą perimetru, że już marki posuwalnéj nie dostrzega, choć ją jeszcze widzi ale niedokładnie. U prawdziwych symulantów, a tych jest teraz bardzo wielu, odkąd wiadomem jest powszechnie, że ścieśnienie pola widzenia jest jednym z zasadniczych objawów nerwic urazowych, należy badanie rozpocząć od kampimetrycznego mierzenia pola widzenia. Mierzenie to uskutecznia się w następujący sposób. Badany staje twarzą do lekarza zwrócony

i wpatruje się okiem swem chorem w przeciwległe oko lekarza. Następnie lekarz od obwodu zbliża swą rękę w linii poziomej, a prostopadłej do środka linii łączącej oko jego z okiem badanego dopóty, aż badany powie, iż rękę jego spostrzega. Lekarz może porównać wówczas, o ile więcej musiał zbliżyć rękę, aby badany ją spostrzegł, niż dla jego (lekarza) oka było potrzebnem. Najpierw rozpoczyna lekarz badanie swe stając w odległości pół metra od badanego, następnie odległość tę dowolnie zwiększa. Z porównania otrzymanego pola widzenia w każdej z tych odległości badania można dojść do wykrycia symulacyi. Jednak, aby oznaczenia pola widzenia były dokładnemi, należy znać dokładnie wielkość przedmiotu z obwodu posuwanego. Ztąd też lepszym do pomiarów kampimetrycznych pola widzenia jest sposób następujący: badany staje w odległości 30 ctm. od tablicy i wpatruje się okiem mającem się badać w punkt na tablicy naznaczony. Z obwodu zbliża się na tyczce markę znanej wielkości tak długo, aż badany nie powie, iż ją widzi. Badanie to uskutecznia się kilkakrotnie posuwając za każdym razem badanego dalej od tablicy. Ponieważ nakreślona na tablicy za każdorazowym pomiarem wielkość odległości punktu najdalej na obwodzie widzianego równa się iloczynowi z odległości oka badanego od tablicy i stycznej kąta widzenia, to musi w miarę oddalenia się oka od tablicy za każdorazowem badaniem odległość oka od tablicy stale wzrastać, podczas gdy kąt widzenia zawsze jest ilością stałą. Tymczasem symulant będzie zawsze oznaczał, że w jednem tem samem miejscu markę widzi, bez względu na to, czy stoi bliżej lub dalej od tablicy.

Wreszcie doskonałym sposobem wykrycia symulacyi jest sposób autora za pomocą pryzmatu. N. p. rozchodzi się o lewe oko, które w południku poziomym ma mieć od strony skroniowej (zewnętrznej) ścieśnione pole widzenia na perimetrze o 20°. Markę ustawia się stale przy 20 stopniu, a więc tam gdzie chory ją jeszcze spostrzega; prawe oko nakazuje się również zwrócić w punkt naośnego widzenia. Teraz wsuwa się przed lewe oko pryzmat 30 stopniowy podstawą ku nosowi, i za pomocą niego przesuwa się obraz marki dotąd widzianej na więcej obwodową część siatkówki. Jeżli istnieje rzeczywiste ścieśnienie pola widzenia, to za zbliżeniem pryzmatu marka stanie się dla badanego oka niewidzialną; jeżli marka była widzianą za pomocą widzenia obwodowego okiem prawem, wówczas marka będzie widzianą jak przed wsunięciem pryzmatu. Jeżli jednak istnieje symulacyja, a markę widzi oko nawet przy wsuniętym pryzmacie, wówczas marka okazuje się teraz w barwach tęczowych, a jeżli markę tę oprócz lewego, także prawe oko widziało, to symulant widzi teraz dwie marki, jedną w barwach tęczowych, drugą zwyczajną.

Badania te należy przeprowadzać tak, aby oko się nie nużyło, inaczej wyniki będą błędne. W nerwicach urazowych znużenie oka prędzej może wystąpić, a więc należy pomiary kampimetryczne najpierw z większych potem z coraz mniejszych odległości uskuteczniać. (*Deut. med. Wochschr.* N. 24. 1892). *Dr. Wachholz.*

Choroby wewnętrzne.

Hampeln (Ryga): **Przypadek tachykardyi Gerhardta.**

Przyspieszenie akcyi serca należy i u ludzi zupełnie zdrowych do rzeczy codziennych. Obawa, nagła radość lub przestrach je wywołuje a nawet występuje ona pod wrażeniem snów. Na czem innem jednak polega *tachycardia* Gerhardta. Zależną ona jest od zmian w rozgałęzieniach sercowych nerwu błędnego, rzadziej współczulnego i prowadzi do stałego lub przejściowego przyspieszenia. Rozróżniamy też *tachycardia habitualis et paroxytica*. Probsting znalazł pewne zmiany anatomiczne w nerwie błędnym. Często przyczyną *tachycardii* są przebyte cierpienia serca.

Autor obserwował silnego mężczyznę, który przed 15 laty przebył zapalenie surowicze osierdzia. Od czasu tego tętno utrzymuje się stale między 140—148. Długi czas niedoznawał on żadnych dolegliwości i dopiero później przyłączyło się bicie serca po najdrobniejszych powodach. Szybkie wstanie z stołka, rozbieranie lub ubieranie się już je wywoływało. Prócz tego powstała *tachycardia paroxytica*, która często kilka godzin trwała. Wśród napadu tętno dochodziło do 240—280 uderzeń. Wśród cierpień swych chory zapadł na melancholiję, skutkiem czego umieszczony został w zakładzie dla nerwowych. Tutaj stan psychiczny się znacznie poprawił, aczkolwiek napady *tachycardii* trwały dalej. W kwietniu 1891 r. chory dostał nagle w nocy bardzo silnego napadu. Nad ranem bez powodu i przyczyny bicie serca zupełnie ustało a tętno po latach 16 tu raz pierwszy do normalnej liczby uderzeń wróciło. Był to ostatni napad. Od czasu tego mężczyzna ów jest zupełnie zdrowy.

Tachycardia w przypadku tym nie mogła polegać na neurozie serca ani na porażeniu n. błędnego a podrażnieniu współczulnego, bo cierpienie zanadto długo trwało i zakończyło się samowyleczeniem nagłem. Przyczyną w tym przypadku mogły być tylko zrosty osierdziowe, które stanowiły mechaniczną przeszkodę w skurczach serca, które skutkiem tego, zmuszone jednakową ilość krwi z komórek wypędzić, częściej kurczyć się musiało. Samouleczenie tłomaczy sobie autor w ten sposób, że po silnym napadzie *tachycardii* nastąpiło przerwanie zrostów, serce z więzów swych uwolnione zostało, skutkiem czego i napady ustały. (*D. m. Wschft.* N. 35, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby skórne i kiłowe.

Strauss (Berlin): *Lues tarda laryngis.*

Szczupła literatura o przypadkach późnej formy przymiotu dziedzicznego (*lues hereditaria tarda*) u dzieci, z umiejscowiem w krtani, pochodzi ztąd, iż jakkolwiek w porównaniu z dorosłymi zarówno często ta lokalizacyja występuje, to przecież trudności przy badaniu dzieci, brak bolesności i dążność do szybkiego gojenia się owrzodzeń łatwo usuwają się z pod badań lekarskich, zazwyczaj dopiero objawy zwężenia krtani zmuszają chorych do wezwania pomocy lekarskiej a stan choroby w tym okresie otwiera pole do spostrzeżeń. Opisawszy trzy przez siebie spostrzeżone przypadki i zestawiając je z 14 przypadkami znanemi w literaturze, daje autor następującą charakterystykę tego stanu chorobowego:

1) Zmiany kiłowe występują przedewszystkiem na nagłośni, tylnej ścianie krtani i fałdzie nalewko-nakrywkowym.

2) Obraz wziernikowy krtani przedstawia się najczęściej w postaci obrzmienia błony śluzowej w miejscach wyż wspomnianych lub, co rzadziej się zdarza, w postaci wyniosłości brodawkowatych dających powód do owrzodzeń z następowem zwężeniem krtani.

3) Zmiany na tylnej ścianie przełyku i podniebieniu występują dopiero po wielkich zniszczeniach krtani. Co do rokowania korzystnego w przebiegu tejże choroby, to ono jest w stosunku odwrotnym do wieku. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, 1892, Bd. XIV, H. V). *Dr. Komorowski.*

Toksykologija.

Chapmann: **Działanie toksyczne tytoniu.**

Zatrucie nikotyną u robotników zatrudnionych w fabrykach tytoniu wywołuje w pierwszym lub drugim dniu gwałtowne wymioty, odbijania, biegunki, czasem nawet ogólny zapad. Jednak ustrój przyzwyczaja się zwolna do trucizny. Objawy te powtarzają się ale z mniejszem znacznie nasileniem, wywołując znaczne wychudnienie. Ch. podaje trzy przypadki przewlocznego otrucia tytoniem. Pierwszy zdarzył się u chłopca lat 10 liczącego, zajętego w fabryce tytoniu. Zapadł on wśród gwałtownego bólu brzucha w okolicy pępka; ciepłota ciała wynosiła 38° C., tętno nieregularne i nikłe 108. Ruchy oddechowe krótkie i płytkie, czasem głębokiemi wdechami przerywane. Brzuch lejkowato się w głąb zaciągnął. Chorego czuć było mocno tytoniem. Leczenie morfiną, atropiną, zmywaniami i kąpielami zwolna powracało chłopcu zdrowie. W drugim przypadku 11-letnia dziewczyna mimo leczenia zmarła, w trzecim zaś chłopiec 9-letni, znacznie wychudzony pod wpływem przetworów żelaza,

chininy i strychniny, szybko wyzdrowiał. W czasie ozdrowienia cierpiał tylko z powodu nerwobólu w zakresie nerwu troistego.

Ch. uważa wychudnięcie za najczęstszy objaw zatrucia tytoniem a polega ono zdaniem Ch. na zmniejszeniu wydzielania się soku żołądkowego przy równoczesnem zwiększeniu ruchu robaczkowego żołądka, skutkiem czego niestrawione przez żołądek pokarmy zdążają do jelit i tu nieżytów bolesnych przyczyną się stają. W końcu toksyczną własność tytoniu w fabrykach przypisuje Ch. nikocyjaninie, zawartéj tylko w suchych liściach tytoniu a nie nikotynie. (*Gazette médic. de Paris.* 1892, Nr. 29).

Medycyna sądowa.

Oebbecke: **Znaczenie opadnięcia macicy przy orzeczeniu sądowo-lekarskiem w przypadku zgwałcenia.**

Kobieta 51 lat licząca, wdowa, zgłosiła się do O. po świadectwo lekarskie celem wniesienia skargi o gwałt. Kobieta ta wracała ze wsi do siebie do domu. W drodze spotkała jadącego wozem znajomego masarza, który ją zaprosił, by wsiadła do wozu, a następnie wyraził jéj życzenie, iż pragnie z nią spółkować. W tym nawet celu zboczył z drogi w las. Kobieta wzbraniała się oświadczając mu, iż cierpi na opadnięcie macicy, wreszcie usiłowała uciekać. Masarz ją dognał i dopiął celu swego. W dochodzeniu sądowem zaprzecza masarz zeznaniom poszkodowanéj i oświadcza, jakoby ona sama jemu z myślą spółkowania się ofiarowała, lecz on wiedząc, iż ona cierpi na opadnięcie macicy, z życzeniem jéj się nie zgodził. Badanie sądowo-lekarskie poszkodowanéj wykazało liczne sińce na wewnętrznéj stronie obydwóch ud; w częściach rodnych wykazało obniżenie się macicy tego stopnia, iż można było wprowadzić do pochwy tylko $^2/_3$ palca badającego. Część pochwowa, jak zwykle w podobnem cierpieniu, była zgrubiałą, przy słabym dotyku mocno bolesną. Na koszuli z przodu znalazł O. plamy jakby krochmalne, których badanie wykazało plemniki.

Wobec tego wyniku oględzin nie ulegało wątpliwości, iż zeznania obżałowanego rozminęły się z prawdą. Spółkowanie musiało mieć miejsce, czego dowodem niezbitym były plamy z nasienia pochodzące, na koszuli znalezione; sińce zaś na wewnętrznéj stronie ud przemawiały za dokonaniem gwałtu. Przypuszczenie to ostatnie nabiera znaczenia istotnéj prawdy, jeżeli się zważy, iż kobieta ta dotknięta obniżeniem macicy wśród spółkowania nie rozkoszy lecz silnego bólu doznaćby musiała, wobec czego sama raczéjby od spotkania płciowego stroniła, nie zaś do niego nakłaniała. (*Vierteljschr. f. ger. Med.* T. IV. Z. 1. 1892). *Dr. Wachholz.*

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Trusewicz: Rozczyn nitrogliceryny i amoniaku jako środki podniecające w cholerze.

Jako wskazanie do stosowania nitrogliceryny uważa autor taki stan naczyń, gdy pomimo osłabienia tętna wyczuć można tętnicę sprychową, która nie jest zapadniętą, a często nawet ściany jéj twarde, napięte. Wtedy radzi T. podawać jako środek symptomatyczny 1—2 kropel jednoprocentowego rozczynu nitrogliceryny, która wywołuje rozszerzenie naczyń, zaczerwienienie skóry, uczucie ciepła i mierne pocenie się. Rozszerzenie naczyń skórnych ma mieć dwojaki skutek: 1) Odwodzenie krwi od łożysk przepełnionych nią, jestto zatem niejako autotransfuzyja; 2) zmniejsza opór dla pracy serca, które zaczyna bić silniéj. Skutki takiego działania nitrogliceryny spostrzegał autor niejednokrotnie w chorobie morskiéj i innych cierpieniach. Inaczéj rzecz się ma, gdy badanie tętnicy sprychowéj wykazuje niedopełnienie jéj i zwolnienie ścian naczynia, co się cechuje przez miękkość lub całkowite zanikanie obrysów tętnicy. W takim przypadku naszem zadaniem jest wzmocnienie kurczliwości ścian naczyń, zwężenie łożyska obwodowego — a za najlepszy środek do osiągnięcia tego celu uważa autor amoniak w dawce 3–8 kropel na jednę strzykawkę Pravaza podskórnie. Również podawanie wewnętrzne amoniaku oddaje, według T., podczas epidemii cholery bardzo dobre usługi. (*St. Petersb. med. Woch.* 1892, Nr. 36).

Andreesen proponuje na podstawie teoretycznego rozumowania (nie mając sam sposobności leczenia chorych cholerycznych) stosowanie w cholerze przepłukiwań żołądka rozczynem kwasu garbnikowego, aby w ten sposób zobojętnić i odrazu wydalić prątki choleryczne. Autor uważa za prawdopodobne, że i jad choleryczny wobec hypersekrecyi istniejącéj w przewodzie pokarmowym, a zniesienia czynności nerek i skóry zostaje przez żołądek wydzielony. Przepłukiwania żołądka rozczynem taniny strącałyby i wydalały jad choleryczny i w ten sposób przeszkodziłyby powtórnemu wessaniu jadu. Nadto radzi autor podawania przetworów beladony, aby przez to zmniejszyć czynność gruczołów wydzielniczych żołądka i jelit — równocześnie zaś stosowanie enterokliz z taniny i pobudzanie skóry i nerek do czynności za pomocą hydroterapii. (*Tamże.*)

Pasteur podał na posiedzeniu paryskiéj Akademii Umiejętności wiadomość, że próby szczepienia ochronnego przeciw cholerze wykonane w zakładzie Pasteura przez rosyjskiego biologa Dra Hawkina na sobie samym i trzech innych osobach, doprowadziły do wyników zachęcających do dalszych badań. Hawkin zwrócił się do rządu rosyjskiego z propozycyją, aby mu pozwolono w okolicach nawiedzonych cholerą zbadać skuteczność szczepienia ochronnego i przedłożył przychylne zdania w téj mierze Pasteura i Rouxa. Jednakże grono lekarzy po zbadaniu téj sprawy orzekło, że szczepienia ochronne z osłabionym jadem cholerycznym na razie nie mogą być jeszcze w życie wprowadzone. (*Tamże*).

Clemens (Frankfurt n. M.): Kreolina przeciw cholerze.

Autor stosował od dłuższego czasu kreolinę w licznych przypadkach chorób jelit tak ostrych jak i przewlekłych z pomyślnym skutkiem i wyraża z tego powodu przekonanie, że środek ten także w przebiegu cholery azyjatyckiéj podawany w dużych dawkach może rozwinąć zbawienne działanie. Okoliczność że kreolinę znoszą chorzy w dawkach dość znacznych (40—60 kropel 3 razy dziennie) bez szkody całemi miesiącami, przemawia za nieszkodliwością tego środka. Zdaniem Cl. wartałoby także spróbować, czy kreolina podczas epidemii cholery nie stanowiłaby dobrego środka zapobiegawczego. W tym celu proponuje po każdéj uczcie zażywać 30 kropel kreoliny w mleku. Autor nie zauważył ani w jednym przypadku nudności lub wymiotów nawet po dużych dawkach kreoliny u osób bardzo wrażliwych. (*Der aerztl. Praktiker*, 1892, Nr. 33).

„O cholerze w Lublinie i okolicach“, dla któréj zbadania wysłaną została osobna komisyja, zdaje sprawę w Nrze 40 „Gazety Lekarskiéj“ Dr. E. Przewoski członek téj komisyi.

Z spostrzeżeń P. i lekarzy miejscowych wynika, że cholera w Lubelskiem przebiega przeważnie szybko i jednostajnie. Okres wstępnéj biegunki trwa zazwyczaj tylko kilka godzin, albo przemija tak prędko, że chory wcale go nie zauważa, w rzadkich przypadkach biegunka trwała kilka dni. W *stad. algidum*, które trwa zwykle jeden dzień, rzadziéj dwa dni, stolce i wymioty nie są zbyt obfite; zresztą objawy niczem nie różnią się od powszechnie występujących w cholerze. Kurcze w łydkach wogóle nie są zbyt silne, w niektórych przypadkach, które według doświadczenia Dra Flindera przebiegają zazwyczaj o wiele cięźéj, brak ich zupełnie. Cholera-tyfoid występuje u 20% ciężko chorych, a kończy się prawie zawsze śmiercią.

Z badania bakteryjologicznego zasługuje na uwagę nieco odmienne wejrzenie drobnoustrojów cholerycznych, które są znacznie większe od prątków przecinkowych Kocha, otrzymanych w czystych hodowlach, pochodzących z poprzednich epidemij. (Do podobnych wyników doszedł także, ba-

dając przypadki cholery w Krakowie, prof. Gluziński. *Przyp. sprawozd.*).

Co do drogi, którą cholera została zawleczona w Lubelskie, nie ulega wątpliwości, że przeniosła ją kobieta z Rostowa do Biskupic za pośrednictwem brudnéj bielizny, od któréj zakażeniu uległa praczka. Biskupice same położeniem swem oraz nędznemi warunkami sanitarnemi stały się nader dogodnym gruntem dla rozwoju zarazka.

Dr. P. zwraca szczególną uwagę lekarzy, którzy będą mieli sposobność walczenia z tegoroczną epidemiją, na jéj właściwy a odmienny od zwykłego typu przebieg. Mianowicie uderzającą jest mała obfitość wypróżnień stolcowych i wymiotów, a znaczne natomiast porażenie czynności serca, które zdaniem autora jest wyrazem szybkiego zatrucia ustroju produktami przemiany materyi prątków cholerycznych.

Pfuhl (Berlin): Desinfekcyja wypróżnień cholerycznych za pomocą mleka wapiennego.

Powszechne zastosowanie mleka wapiennego do desinfekcyi dejekcyj cholerycznych wywołało między innemi protest prof. Pekelharinga z Utrechtu, który przytaczał doświadczenia Eykmana z Batawii, z których wynikałoby, że mleko wapienne jest bardzo słabym środkiem desinfekcyjnym dla świeżych odchodów cholerycznych. Według Dra Eykmana wyniki otrzymane z mlekiem wapiennem w Europie odnoszą się jedynie do sztucznie hodowanych prątków przecinkowych, a nie do świeżo wydalonych z ustroju ludzkiego.

Celem skontrolowania tych twierdzeń wykonał P. w zakładzie dla chorób infekcyjnych Kocha kilka doświadczeń z świeżemi dejekcyjami chorych cholerycznych, zawierającemi obficie żyjące prątki przecinkowe. Z doświadczeń tych wynika, że mleko wapienne zabija prątki w dejekcyjach, jeżeli zostaje zmięszane z wypróżnieniami i jeżeli mięszaninę pozostawi się następnie przez godzinę. Samo dolanie mleka wapiennego do wydalin cholerycznych bez zmięszania mechanicznego i pozostawienia przez godzinę nie wystarcza według P. do zabicia wszystkich prątków cholerycznych. *(Deut. med. Woch.* Nr. 39).

Samuel (Królewiec): O konieczności ciągłéj infuzyi podskórnéj w leczeniu cholery.

S. był jednym z pierwszych, którzy zalecali infuzyję podskórną roczynu soli w cholerze (w r. 1883). Wychodząc z zasady, że wszystkie objawy w *stadium algidum* są następstwem zagęszczenia i nierównomiernego rozdzielenia krwi, która gromadzi się w naczyniach trzewowych i ztąd powstającéj niedokrwistości głównych narządów ustroju, wykazuje autor w omawianym artykule, że jedynie infuzyja podskórna roczynu soli może objawy te usunąć. Że jednak zastosowanie infuzyi nie wydało rezultatów jakich się spodziewano, że wyniki wyleczenia nie są o wiele większe od odsetek dobrowolnego wyleczenia, przypisuje autor téj okoliczności, że jak dotąd wykonywane infuzyje nie odpowiadają fizyjologicznym postulatom, tj. nie stosuje się ich dość wcześnie, w nadto małéj ilości, nie dość długo i nie bez przerwy.

Infuzyję należy rozpocząć wczas, jeżeli mamy się spodziewać dobrych rezultatów, nie można jéj używać jako *ultimum refugium.* Im dłużéj trwa zagęszczenie krwi i połączone z niem zgubne dla krążenia i przemiany materyi skutki, tem trudniejsze do usunięcia są powstałe zboczenia; należy uprzedzić zagęszczenie krwi. Gdy tylko pomimo działania miejscowego na jelito (opium, enterokliza) biegunka nie ustaje, stolce przybierają cechy wody ryżowéj, i występują objawy ubytku wody we krwi (nieregularność tętna, sinica, kurcze w łydkach itd.), należy przystąpić do infuzyj podskórnych. W wątpliwych przypadkach lepiéj zawcześnie niż zapóźno. Infuzyja musi być ciągła, nie przerwaną, tak jak nie przerwaną i ciągłą jest utrata wody z krwi, zagęszczenie krwi i nierównomierne jéj rozmieszczenie w naczyniach. Przez jedno, dwu lub trzechrazową infuzyję nie można krążenia prawidłowego w ustroju na stałe utrzymać, chyba tylko gdy okres zamartwiczy ma się już ku końcowi. Infuzyja nie przerwana może ustać dopiero z powróceniem prawidłowéj czynności nerek; dopiero kilkakrotne oddanie moczu jest znakiem, że krążenie krwi zbliża się do prawidłowego, a nawet wtedy dobrze jest dla lepszego przepłukania nerek wykonać kilkakrotnie infuzyję podskórną. Jeżeli resorbcyja żołądka i jelit nie jest upośledzoną i jeżeli chory w tyfoidzie pomimo bezprzytomności przyjmuje obficie wodę, można infuzyj zupełnie zaprzestać.

Infuzyję podskórną należy wykonywać tylko na miejscach, z których łatwo ulegnie resorbcyi, a takiem miejscem jest według S. okolica podobojczykowa, w któréj z powodu bliskości serca krążenie a tem samem i zdolność wchłaniania jest najmniéj upośledzona. Dodawanie środków podniecających lub drażniących do infuzyi, uważa autor za nieodpowiednie i każe środki takie osobno strzykawką Pravaza wstrzykiwać.

Sposób wykonywania ciągłéj infuzyi zaleca autor następujący: Nad łóżkiem chorego wisi irygator, z którego wychodzą dwie rury kauczukowe zakończone kaniulami srebrnemi. Irygator i rurki wypełnia się fizyjologicznym roczynem soli kuchennéj ogrzanym do 40°, a kaniulki opatrzone kurkami wprowadza się za pomocą trójgrańca pod skórę w obie okolice podobojczykowe. Osoba, któréj powierza się nadzór nad chorym, zamyka za każdym razem gdy tylko nagromadzi się pod skórą większa ilość płynu, kurek po odpowiedniéj stronie i rozcieraniem przyspiesza wessanie płynu. W ten sposób dolewając w miarę potrzeby płynu do irygatora: można utrzymać stałą infuzyję, która trwać powinna dopóty, dopóki istnieje okres zamartwiczy. Z tym samym trójgrańcem może lekarz udać się do drugiego chorego i proceder ten sam powtórzyć. (*Deut. med. Woch.* Nr. 39). *Dr. Beck.*

Desprez-St. Quentin: **Mięszanka chloroformowa w leczeniu cholery.**

Na posiedzeniu Akademii medycznéj w Paryżu przedstawił D. dnia 13 września b. r. swój sposób leczenia cholery, wypróbowany w latach 1864—1867. Mięszanka chloroformowa, używana przez niego, czyni zadość następującym wskazaniom: 1) Uspokaja bolesne kurcze żołądka, sprowadzając, w miernéj podawana dawce, uczucie świeżości a nadto wzmacniając ustrój. 2) Podnosi podupadającą czynność wydzielniczą skóry. 3) Wyrównywa skład i krążenie krwi.

W tym czasie, gdy mięszankę tę autor począł stosować, nie znaną była przyroda cholery; dziś jednak doświadczalnie przekonał się, iż mięszanka jego ma również silne własności przeciwpasorzytnicze. Salkowski bowiem wykazał w 1888 roku, że świeżą hodowlę prątków cholery można w ciągu jednéj minuty wyjałowić, mięszając je z równą ilością wody chloroformowéj. Chloroform działa zatem w cholerze niszcząc prątki, znosząc bolesne kurcze żołądka, podnosząc odruchowo trawienie.

Dołączony do mięszanki octan amonowy podnosi krążenie w naczyniach włosowatych, uniemożliwia zagęszczenie się krwi, podnosi czynność wydzielniczą skóry. Wspólnie z morfiną w postaci syropu wchodzącą w skład mięszanki, wywołują zbawienne poty i tak w pomoc przychodzą nerkom, których czynność bywa w cholerze osłabioną lub zniesioną. Makowca nie stosuje dlatego, iż ten znieczulając i wywołując przekrwienie mózgu, działa szkodliwie. Do rozpuszczenia mięszanki używa zwykłéj przegotowanéj wody. Chorego zawija w prześcieradła, ogrzewa kamionkami bardzo gorącemi i co $\frac{1}{2}$ godziny daje łyżkę mięszanki:

Rp.	*Chloroformi*	*1,00*
	Alcohol	*8,00*
	Ammoni. aceti.	*10,00*
	Aq. coctae	*110,00*
	Syr. morphii muriat.	*40.00*

Lekarzom cholerycznym poleca jako środek zapobiegawczy przed lub po jedzeniu pić $\frac{1}{2}$ szklanki wody chloroformowéj (1:500 lub :1000 0). (*Münch. med. Wschrft.* Nr 38, 1892). *Dr. Wachholz.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 października. Notatka kronikarska o cholerze, z d. 29 września, zamieszczona w Nrze 40-ym naszego czasopisma z d. 1 października b. r. ściągnęła na siebie niezadowolenie krajowéj Rady zdrowia i zniewoliła ją do wyrażenia z tego powodu swojego ubolewania. Pomijamy zupełnie szorstki i nieprzyzwoity ton komunikatu krajowéj Rady zdrowia, który, jak sądzimy, nie odpowiada wcale ani ciężkości naszéj rzekoméj winy, ani powadze krajowéj Rady zdrowia, a pomijamy go w tem przekonaniu. że ton ten nie nam uchybia i przystępujemy wprost do saméj rzeczy. Zarzuca krajowa Rada zdrowia „Przeglądowi“ przedewszystkiem, że *„podaje w wątpliwość istnienie cholery w Krakowie wogóle a co najwięcéj przyznaje jéj sporadyczne pojawienie się“*. W téj mierze pozwalamy sobie zwrócić uwagę krajowéj Rady zdrowia, że z obowiązku kronikarskiego wspomnieliśmy wprawdzie w owéj notatce, że „pomiędzy lekarzami tutejszymi powstała wątpliwość, czy wogóle istniała cholera w Krakowie; przebieg bowiem nad wszelkie oczekiwanie pomyślny każe jednym przypuszczać, że kilka przypadków, o których doniesiono, nie były wcale cholerą azyjatycką“, dodaliśmy jednak zaraz „podczas kiedy drudzy, polegając na badaniu bakteryjologicznem, przypuszczają, że było rzeczywiście kilka przypadków cholery azyjatyckiéj“, nigdzie jednak nie wypowiedzieliśmy naszego pod tym względem zdania, a więc nie uprawnili niczem zarzutu, „że „Przegląd Lek.“ podaje w wątpliwość istnienie cholery w Krakowie wogóle“. Ale przypuściwszy, że już sama wzmianka o wątpliwości niektórych lekarzy co do pojawienia się cholery w Krakowie stanowi dowód, że „Przegląd Lek.“ podaje w wątpliwość istnienie cholery w Krakowie wogóle“, to i w takim jeszcze razie dalszy a główny zarzut, że „Przegląd Lek.“ „wprowadza publiczność w błąd co do potrzeby i użyteczności środków ostrożności przez władze dla stłumienia epidemii wprowadzonych“, nie jest uzasadniony, a to już z tego powodu, że „Przegląd Lekarski“, jako pismo fachowe nie pisze dla publiczności lecz dla lekarzy, a rozgłos temu co „Przegląd Lek.“ napisał, nadał w szerokich kołach publiczności dopiero komunikat krajowéj Rady zdrowia, zamieszczony w „Gazecie lwowskiéj“, a powtórzony następnie przez wszystkie niemal dzienniki polityczne. Powtóre, jeżeli przypuszczenie niektórych lekarzy, że w Krakowie nie było wcale przypadków cholery *„a środki zarządzone przez władze z dotkliwą szkodą materyjalną dla mieszkańców tutejszych były zbyteczne“* ma być nam imputowane, to prosta sprawiedliwość nakazuje napisać w rubryce naszego „habet“ przytoczenie i przeciwnego przypuszczenia innych lekarzy, *„że było rzeczywiście kilka przypadków cholery azyjatyckiéj, lecz że cholera w samym zawiązku przytłumioną została, dzięki energicznym zarządzeniom władz“*. Jeżeli zaś tak, to nie może być mowy o tem, że „Przegl. Lek.“ „wprowadza publiczność w błąd itd.“. Jakoż istotnie cała zbrodnia, jakiéj się „Przegląd Lek.“ dopuścił, polega na tem, że pisząc inkryminowaną notatkę w dniu 29 września, a więc w chwili, w któréj według urzędowych sprawozdań fizyka miejskiego nie było od pięciu dni ani jednego przypadku zachorowania ani śmierci z cholery, oddał się przedwczesnéj nadziei, że cholera niepowrotnie stłumioną została, a daléj, że wspomniał, iż zdaniem obu partyj lekarzy i w myśl uchwały Rady miejskiéj, zapadłéj dnia poprzedniego, nadszedł już czas cofnięcia obostrzeń tak dotkliwych dla materyjalnych interesów miasta. Do téj zbrodni możemy przyznać się z sercem tem lżejszem, ile że komisarz rządowy w Sejmie, hr. Łoś, w odpowiedzi swéj, danéj w dniu 27 września, na interpelacyję posła Jędrzejowicza, oświadczył, „że rząd ze względu na pomyślny stan sanitarny kraju poczynił odpowiednie kroki, aby zarządzone ograniczenia co do przewozu i przywozu towarów doznały ulg“, a w uzasadnieniu tego oświadczenia dodał, że „w Podgórzu od d. 18 b. m., w Krakowie od d. 23 b. m. nie zdarzył się ani jeden przypadek zasłabnięcia, jest więc wszelka nadzieja, że kraj nasz w krótkim czasie jako zupełnie wolny od zarazy uznany zostanie“.

* Otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

Komitet zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia J. Mianowskiego, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natansona, przyznane zostaną w r. 1893 dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznemi), ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1889, 90, 91 i 92; druga za takąż pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z ustawą Kasy pomocy i stosownie do zastrzeżeń uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie: poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet zarządzający kasą własnem staraniem usiłuje zebrać, dla poddania ocenie, prace ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu (Bank Handlowy) lub na ręce jednego z członków komitetu przed końcem lutego 1893 r. Prezes *Dr. Ignacy Baranowski*. Sekretarz *Dr. Konrad Dobrski*.

* Po wizycie uzkutecznionéj w szpitalu bialskim przez radzcę ministeryjalnego i referenta spraw lekarskich Dra Kusego, prymaryjusz tego szpitala p. Dr. Bogdanik otrzymał od Ministerstwa spraw wewnętrznych uznanie za znakomite traktowanie i pielęgnowanie chorych w tym szpitalu pod jego opieką znajdujących się.

* Dr. Emanuel Rosenblatt zawiadamia nas, że od d. 8 października b. r. zamieszkał przy ulicy Basztowéj pod l. 25 i w tych samych godzinach nadal ordynuje.

* W tygodniu 38-ym (od 18—24 września) było w Krakowie małżeństw 12, urodzeń 56, skonów 50, z tych z gruźlicy 12, z nieżytu żołądka i jelit 6, z zapalenia płuc 5, z dławca i błonicy 3, z czerwonki 2, z cholery 1.

W tygodniu 39-ym (od 25 września do 1 października) było małżeństw 20. urodzeń 48, skonów 51, z tych z nieżytu żołądka i jelit 10, z gruźlicy 7, z zapalenia płuc 4, z cholery 4, z dławca i błonicy 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. Słynny chirurg w szpitalu w Glasgowie Dr. Wilhelm Macewen mianowany został zwyczajnym profesorem chirurgii w uniwersytecie Londyńskim.

W uniwersytecie wiedeńskim zapisanych było w półroczu letniem 1892 słuchaczów medycyny 2310, z których 606 nadzwyczajnych. Pomiędzy nimi było 398 z Austryi dolnéj, z Węgier 355, z Galicyi 293, z Morawii 258, z Czech 223, z Bośnii 1, z Prus 27, z Włoch 5, z Rosyi 81, z Rumunii 51, Serbii 34, Bułgaryi 18, z Ameryki 47.

Docent wiedeński, mianowany przed paru tygodniami profesorem pedyjatryi w Insbruku, Dr. Foltanek, już podziękował za profesurę i wyniósł się z Insbruku, a to z powodu, że nie mógł otrzymać choćby skromnego oddziału szpitalnego. — Prof. Billroth we Wiedniu, przy sposobności jubileuszu 25-letniéj działalności w uniwersytecie wiedeńskim, otrzymał od Cesarza oznakę honorową dla sztuki i umiejętności.

* **Nekrologija.** W Kopenhadze umarł prof. Edward Ibsen, lekarz przyboczny następcy tronu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 37: Hewelkego: Przegląd krytyczny metod leczenia cholery; Domańskiego: O rozpoznawaniu kiły układu nerwowego (dok.); Kamieńskiego: Początki histery; u dziecka (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 37: J. Kramsztyka: Tężyczka samoistna u dzieci (dok.); Neugebeuera: O wskrzeszaniu cięcia łonowego przez szkołę położniczą neapolitańską (c. d.). — W *Zdrowiu* Nr. 83: Tchórznickiego: Przygotowania sanitarne wobec cholery. Danielewicza: Warszawska śmiertelność w r. 1891; Dubiniewicza: O nowym środku desinfekcyjnym prof. Nenckiego. — W *Gazecie Lek.* Nr. 38: Kosińskiego: O zwyrodnieniu śluzowem komórek rakowych; Kamieńskiego: Początki histeryi u dziecka (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 38: Herynga: Gruźlica błony śluzowéj nosa (c. d.); Rybickiego: Przyczynek do historyi szpitalnictwa krajowego. W *Kronice Lek.* Nr. 9: Dzierzewskiego: O t. zw. palcu przytykającym; Rychlińskiego: Przyczynek do badania drobnowidowego mózgu; Roterozena: Niezwykły przypadek zapalenia otrz wny. — W *Gazecie Lek.* Nr. 39: Higera: Kilka słów o jąkaniu histerycznem; Kamieńskiego: Początki histeryi u dziecka (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. ŚWIĄTECKI (w Warszawie): Eine pract. Färbungsmethode d. mikrosk. Präparate (odbicie z Centralbl. f. Bakteriologie 1892) in

8-vo str. 3. — Dr. GRUNDZACH (w Warszawie): Ueber Gallensteine im Magen (odb. z W. med. Presse 1891) in 8-vo str. 4. — Dr. WACHHOLZ: O przewrotnym popędzie płciowym (odb. z „Przeglądu Lek." 1892) in 8-vo str. 16. — Prof. Dr. RYDYGIER: O leczeniu wysiękowego zapalenia opłucny, Poznań 1892 (odb. z Nowin Lek. 1892), in 8-vo str. 14. — Stan współczesny polskiego piśmiennictwa lekarskiego (odb. z Ateneum) in 8-vo str. 25. — Prof. Dr. MARS: O złośliwym gruczolaku macicy (z tablicą chromolitograf.) (odb. z Rozpraw Akademii Umiejętności w Krakowie), Kraków 1892, in 8-vo str. 15.— Wł. JAWORSKI: Przyczynek do anatomii patolog. marskości wątroby u człowieka, powstałéj pod wpływem zastoju żółci (odb. z Pam. Tow. lek. warsz.). Warszawa 1892, in 8-vo str. 72, z tabl. chromolitograf.— Dr. KAPUSCIŃSKI: Co to jest cholera i jak ją należy zwalczać? Poznan 1892, in 12-mo str. 37. — Prof. DITTRICH: Ueber die mit d. Geburt in Zusammenhange stehenden Eindrücke u. Verletzungen d. kindl. Schädels u. deren gerichtsärztl. Bedeutung (odb. z W. klin. Woch. 1892) in 8-vo str. 24. — Mme Théodora KRAJEWSKA (Varsovie): Recherches physiologique sur la réaction de dégénérescance. Genève 1892, in 8-vo str. 52.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 19 października b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali „Śniadeckich" (*Collegium novum* I piętro).

Porządek dzienny: 1) kol. Obaliński będzie miéć wykład: „O nowym sposobie operowania wynicowanego pęcherza (*ectopia vesicae*) i przedstawi chorego; 2) kol. Browicz przedstawi wnioski w sprawie wodociągów krakowskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 22 Października 1892. Nr. 43.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅓ „	„ 6 „

I. O oślepnięciu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek.

Podał

Dr. F. Sroczyński,

I. asystent kliniki okulistycznej Uniw. Jagiell.

O ile następstwa ucisku śródocznego podwyższonego skutkiem zwiększenia się treści gałki ocznej dokładnie zbadane zostały, o tyle mało co wiemy o skutkach ucisku z zewnątrz na gałkę działającego. Znany i często przytaczany przypadek Beera, że pewien 40 letni człowiek, któremu znajomy ze żartu oba oczy od tyłu rękoma przycisnął, żądając, aby go poznał, wzrok na zawsze utracił, jest dotychczas jedynym w literaturze, a odnosi się do czasów, kiedy o badaniu wziernikowem mowy nie było[1]). — Z nowszych czasów znamy tylko doświadczenie Dondersa, że przez ucisk z zewnątrz wywarty na gałkę oczną można wywołać przemijające zaciemnienie pola widzenia, które tłomaczy się zaburzeniem w krążeniu krwi w siatkówce, jak tego dowodzi tętno tętnicze, dające się wziernikiem wykazać.

Znane z nowszej literatury przypadki przemijającej ślepoty u dzieci po długotrwałym kurczu powiek w następstwie zapaleń pryszczykowych (*Kerato-conjunctivitis phlyctaen*), z wszelkiem prawdopodobieństwem nie mają nic wspólnego z uciskiem na gałkę. Postaram się to wykazać w krótkim przeglądzie odnośnej literatury.

Pierwszy tego rodzaju przypadek opisał Albert Graefe[2]). Kilkoletnie dziecko cierpi w następstwie lekkiej *conj. phlyct.* na światłowstręt z kurczem powiek utrzymujący się mimo wszelkich środków przez 11 miesięcy. Obustronna *neurotomia n. supraorbital.* usuwa skurcz powiek, okazuje się jednak zarazem, że dziecko nic nie widzi. Wzrok powraca dopiero zwolna po upływie 3 miesięcy. Przyczynę upatrywał Graefe

[1]) Beer: *Lehre der Augenkrankheiten.* T. II, p. 53. — [2]) *Graefes Archiv f. Ophthalm.* I, 2 H., p. 301.

w ucisku mechanicznym powiek na gałkę oczną. Tłomaczenie to przejął Schirmer, który w r. 1889 opisał dalsze 2 przypadki z własnej obserwacyi[1]). W pierwszym rozchodziło się o 4-letniego chłopczyka z kurczem powiek, trwającym przez dwa miesiące. Gdy skurcz powiek ustąpił, okazała się zupełna ślepota tak, że dziecko mogło swobodnie w słońce patrzeć. Badania wziernikowego nie przedsięwzięto. Po 14 dniach pierwsze objawy powracającego wzroku, a w 3 tygodnie później stan prawidłowy. Drugi przypadek Schirmera odnosi się do bardzo skrofulicznego, dwuletniego dziecka, które również poczucia światła nie miało, gdy ustąpił blizko dwumiesięczny skurcz powiek. Badanie wziernikowe, u dziecka bardzo niesfornego przeprowadzone w narkozie, wykazało brak wszelkich zmian na dnie oka: tarcza n. wzr. prawidłowo zabarwiona, naczynia prawidłowego kalibru, tętna tętniczego brak, ani śladu wydrążenia tarczy.

Zupełnie podobnie brzmią podania innych autorów. I tak w jednym przypadku Lebera[2]) cierpi trzechletnie dziecko na kurcz powiek blizko sześć miesięcy. Gdy po odpowiedniem leczeniu otwarło nareszcie oczy, uderzyła rodziców zupełna ślepota dziecka. Oczy nie zwracały się nawet za światłem, jak to zwykle bywa, jeźli choćby tylko poczucie światła jest utrzymane. Badanie wziernikowe (z powodu światłowstrętu w narkozie) wykazało stosunki zupełnie prawidłowe. Mimo zupełnego braku poczucia światła zachowane było oddziaływanie źrenic. Po kilku tygodniach wymija już dziecko wyraźnie przeszkody, nie kierując się dotykiem ani słuchem; światło jednak zdaje się nie zwracać uwagi jego na siebie. W zachowaniu się dziecka uderza pewien rodzaj przytępienia. W kilku następnych tygodniach wzrok zupełnie powrócił, a zarazem tępota umysłowa ustąpiła miejsca dawnemu ożywieniu.

[1]) *Klin. Monatsblt. f. Augenheilkunde.* September 1879, p. t.: *Amaurosis nach Blepharospasmus.* — [2]) *Graefes Archiv f. Ophthalm.* XXVI, 2, p. 262.

Podobnież przedstawia się i drugi przypadek Lebera. Takiż sam przebieg, pomyślne zejście, brak zmian w głębi oka, zachowane oddziaływanie źrenic. Przekroczylibyśmy rozmiary niniejszéj rozprawki, chcąc wszystkie odnośne spostrzeżenia powtarzać. Wystarczą powyższe. Nie ucierpi na tem dokładność rozbioru, wszystkie one bowiem, aż do nieznacznych różnic, co do trwania kurczu powiek, względnie ślepoty, zgadzają się niemal dokładnie. Nas obchodzi na razie tylko pytanie, czy spostrzeżenia te dopuszczają tłomaczenia na podstawie podwyższonego ucisku.

Pod tym względem zauważył już Leber (l. c.) zupełną niezgodność między objawami powyższemi, a skutkami podwyższenia ucisku. Jak pogodzić fakt, że już nizki stopień podwyższenia ucisku wystarcza przy dłuższem trwaniu do wywołania trwałych następstw w postaci wydrążenia i zaniku tarczy z wszelkim brakiem zmian powyższych w przytoczonych przypadkach? Dlaczego wzrok w jaskrze po opadnięciu wygórowanego ucisku wnet się poprawia, jeżeli w ogólności do tego jeszcze przychodzi, podczas gdy tu dopiero po tygodniach od chwili ustąpienia skurczu zwolna zaczyna się poprawiać, aby wreszcie wrócić do stanu dawnego? Niezgodności téj nie usuwa przypuszczenie Schirmera, że podwyższenie ucisku dlatego nie sprowadza tu trwałych następstw, ponieważ skurcz powiek wolniejе czasami, głównie podczas snu, że zatem krążenie krwi w siatkówce może w tych przerwach znowu na czas jakiś się wyrównać. Wartość jednak téj bezsprzecznie słusznéj uwagi zmniejsza się znacznie, jeżeli uwzględnimy, że sam Schirmer przy badaniu swem, dokonanem podczas trwania skurczu powiek nie znalazł ani jednego objawu, przemawiającego za podwyższeniem ucisku, jak choćby tylko przekrwienia żylnego siatkówki lub tętna tętniczego. Najbardziéj jednak przeciw hypotezie uciskowéj przemawia okoliczność, że źrenice zachowują się tu zupełnie prawidłowo, a oddziaływanie ich nawet w czasie zupełnéj ślepoty jest zachowanem.

Na téj podstawie słusznie zbija Leber teoryję uciskową, tłomacząc sobie rzeczoną ślepotę sprawą czysto psychiczną w sposób podobny do tego, w jaki powstaje niedowidzenie jednooczne z nieużywania (*amblyopia ex anopsia*) skutkiem zezu u dzieci. W następstwie długotrwałego zamknięcia powiek przychodzi zdaniem Lebera do ignorowania wrażeń wzrokowych.

Nie mam zamiaru zapuszczać się w ocenę teoryi Lebera, napomknę tylko mimochodem, że i ona nie tłomaczy wszystkich, często dziwacznych objawów téj ślepoty, jak utrzymanie oddziaływania źrenic mimo braku poczucia na światło, jak daléj sam fakt zniesienia poczucia światła w ogólności, co jak wiemy nie zdarza się w prostéj *amblyopia ex anopsia*, gdzie poczucie światła jest zawsze utrzymanem. Jeżeli natomiast uprzytomnimy sobie podania autorów o zmienionym całym nastroju psychicznym tych dzieci, ich niesforności, o pewnym braku zgody między całkowitą jakoby ślepotą a oryjentowaniem się w przestrzeni, budzi się mimowoli podejrzenie, czy nie mamy tu do czynienia ze ślepotą histeryczną, zgodnie z nowszemi spostrzeżeniami neurologów, którzy nie wątpią już dzisiaj o istnieniu histeryi z wszystkiemi jéj przejawami u dzieci.

Jakkolwiekbądź zresztą przyszłe badania rozstrzygną tę sprawę, to nie ulega wątpliwości, że nie rozchodzi się tu o ślepotę z ucisku zewnętrznego, ale z przyczyn, mających swą siedzibę w korze mózgowéj ośrodka wzrokowego, poza ośrodkiem odruchu źrenicowego, jak tego dowodzi utrzymane oddziaływanie źrenic.

Tymczasem byłoby rzeczą ciekawą nietylko z teoretycznych ale i z praktycznych powodów wiedzieć, czy i jakiego rodzaju ucisk ze strony powiek lub innych części mógłby do tego stopnia zwiększyć ucisk śródoczny, aby zagrozić wzrokowi. W ostatnich dwóch latach miałem sposobność spostrzegać dwa przypadki, które przynajmniéj na pierwszą część pytania mogą dać odpowiedź twierdzącą.

I. Dnia 25 kwietnia 1891 r. wezwany zostałem do kobiety około 30-letniéj, która w kilku niemal godzinach straciła wzrok śród gwałtownych bólów w oku lewem. Od kol. Dra Aronsohna, który miał w swéj opiece chorą, dowiedziałem się, że przed dwunastu dniami przebyła prawidłowo poród kleszczowy, komplikowany tylko ostrem zapaleniem śródsierdzia (*endocarditis subacuta*) i wysoką niedokrewnością. Po południu dnia 25 kwietnia 1891 r. wystąpiło nagłe uczucie bólu w oku lewem z szybkiem podupadaniem wzroku tak, że przywołany kol. Dr. A. stwierdził już tylko poczucie światła, gałkę oczną wysadzoną, źrenicę słabo oddziaływającą. O godz. 6 wieczorem znalazłem stan następujący: Gałka lewa wysadzona silnie ku przodowi, nieruchoma. Powieki, zwłaszcza górna, miernie obrzękłe, niedomykalne, przedewszystkiem jednak tak napięte, że skóra zupełnie blada, połyskuje. Lekki stopień *chemosis* spojówki gałkowéj. Rogówka znieczulona, żwierciedli nieco mniéj i jest skutkiem ucisku powiek, prących na gałkę, wyraźnie przypłaszczona. Źrenica, średnio rozszerzona, nie oddziaływa na żadne bodźce. T + 3. Badanie funkcyi wykazuje jeszcze ślad poczucia światła świecy trzymanéj tuż przed okiem. Wziernik wykazał: Środki łamiące czyste z wyjątkiem rogówki minimalnie zamglonéj. Żyły siatkówkowe silnie pokręcone i zgrubiałe, tętnice nitkowato cienkie, dają się tylko w głównych rozgałęzieniach jeszcze poznać, główny pień tętniczy tętni. Nie ulegało wątpliwości, że cały ten zbiór objawów, w którym ucisk od tyłu na gałkę tak wybitnie górował, był następstwem naglego powiększenia objętości treści pozagałkowéj oczodołu.

Rozpoznanie moje wahało się między gwałtownie wzmagającem się zapaleniem ropnem tkanki oczodołowéj (chora jeszcze dwa dni przedtem gorączkowała) a krwotokiem pozagałkowym w oczodole o dość niejasnéj etyjologii. Wezwany do narady prof. Rydel, oświadczył się ze względu na nagłe powstanie wysadzenia gałki ocznéj. stanowczo za krwotokiem oczodołowym, co też w saméj rzeczy stwierdziło w kilka dni późniéj leciuchne, żółtawe podbiegnięcie skóry powiek. Wobec gasnącego już poczucia światła, rozciąłem, za zgodą prof. Rydla, zewnątrzne spoidło szpary powiekowéj, celem zmniejszenia napięcia powiek, spodziewając się jeźli już nie uratowania jakiegoś wzroku, to przynajmniéj zmniejszenia bólów. Okłady lodowe i bezwzględny spokój przy wysokiem położeniu głowy, miały zapobiedz dalszemu krwotokowi. We dwa dni późniéj dowiedziałem się, że bóle które jeszcze w naszéj obecności prawie całkiem ustały, nie powróciły już więcéj, a badając znalazłem V = O, i zupełne zwolnienie powiek. *Tn. Exophthalmus* nieco mniejszy. Rogówka czysta. Źrenica jak przedtem rozszerzona, nie oddziaływa ani na światło ani na inne bodźce. Nader pouczającym był obraz wziernikowy: tarcza blada jak papier, o ostrych konturach, siatkówka jednostajnie szarawo zaćmiona bez połysku, żyły zawsze jeszcze nieco grubsze, tętnice nitkowato cienkie. Do około plamki żółtéj kilka wynaczynień kształtu owalnego, mocno przypominających wynaczynionki, jakie powstają czasem po irydektomii, wykonanéj z powodu jaskry z mocno wygórowanym uciskiem śródocznym.[1])

---

[1]) Ze względu na niezmierną rzadkość samoistnych krwotoków do oczodołu (Berlin w zbiorowem dziele Graefe-Saemischa wspomina o 5 dotychczas znanych przypadkach) dodam dla uzupełnienia historyi choroby, że jak mi listownie do-

Tłomaczenie objawów odnoszących się do oka w opisanym przypadku nasuwa się samo przez się w sposób niewymuszony. Krwotok obfity do oczodołu wysadził gałkę ku przodowi, wywierając na nią ucisk od tyłu, podczas gdy od przodu parły mięśnie proste oka i powieki mocno napięte i obrzękłe skutkiem ucisku na obie *v. ophthalmicae*. Nacisk na gałkę zwiększył parcie śródoczne do tego stopnia, że dopływ krwi do tętnic siatkówkowych został niemal zupełnie powstrzymany. Skutkiem tego nagła utrata wzroku, nekroza siatkówki wziernikiem wykazana i obraz tarczy nerwu wzrokowego, nie różniący się w niczem od obrazu wybitnego zaniku, ztąd wreszcie wybroczyny w siatkówce po ustąpieniu napięcia powiek. Brak ekskawacyi tarczy w niczem nie zaciemnia obrazu jaskry w naszym przypadku, wiemy bowiem, że i w początkach zwykłego *Glaucoma acutum* niema wydrążenia tarczy, bo brak czasu do jego powstawania. Nie chcąc sztucznie uzupełniać klasyczności obrazu chorobowego, z umysłu pomijam inne objawy, jak porażenie tęczówki i znieczulenie rogówki, trudno bowiem na razie rozstrzygnąć, o ile w tem zaważył na szali sam bezpośredni ucisk krwi wynaczynionéj do oczodołu na nerwy rzęskowe, a ile następowy ucisk w ich przebiegu wśródocznym. Czy jednak i nagłe oślepnięcie nie było tu wpływem ucisku bezpośredniego krwi na nerw wzrokowy? Zasadniczo nie możnaby pewnego wpływu temu czynnikowi odmówić, jakkolwiek twarda pochewka zewnętrzna tegoż nerwu nie dopuszcza porównania z wpływem na nerwy rzęskowe, których włókna przy takim krwotoku wprost zdruzgotane być musiały. Przypuszczenie jednak takie już z tego powodu jest nieprawdopodobnem, że nie zdołałoby wytłomaczyć tak szybkiego, bo już w ciągu dwóch dni wykształconego zaniku tarczy. Zanik z takiéj przyczyny miałby znaczenie zaniku zstępującego, a jako taki wedle doświadczenia klinicznego nie mógłby w tak krótkim czasie dosięgnąć tarczy nerwu wzrokowego. Sądzę zresztą, że szukanie drugiéj hypotetycznéj przyczyny jest co najmniéj zbyteczne tam, gdzie jak w naszym przypadku bezwzględna anemia siatkówki z następową jéj nekrozą wystarcza chyba do wywołania ślepoty. Pozostawałaby jedyna jeszcze możność, czy owa ischaemia i późniejsza nekroza siatkówki nie były może następstwem ucisku na *art. centr. retin.* w jéj przebiegu wśród pozagałkowéj części nerwu wzrokowego? Takie przypuszczenie upada samo przez się, jeżeli uwzględnimy, że parcie w téj części tętniczki musi być wyższe niż w jéj rozgałęzieniach siatkówkowych, że zatem te ostatnie pierwéj i łatwiéj musiały być ugniecione, a więc i anemia siatkówki była niewątpliwie wynikiem parcia na samą gałkę.

Wybitniejszym jeszcze, bo wolnym od ubocznych czynników, był przypadek drugi, spostrzegany przezemnie w oddziele chirurgicznym prof. Obalińskiego, który też raczył zezwolić łaskawie na jego ogłoszenie. Uprzejmości Dra Choróbskiego, sekundaryjusza tegoż oddziału, zawdzięczam daty z historyi niniejszego przypadku.

II. J. H., ciesząca się aż do obecnéj choroby dobrym wzrokiem, zapadła w pierwszych dniach kwietnia b. r. na wąglik (*carbunculus*) wargi górnéj. Mimo energicznych środków sprawa w kilka dni przeszła na policzek prawy, ztąd na powieki oka prawego wśród gorączki dochodzącéj do 40° C. W kilka dni obrzęk powiek doszedł aż do niemożności rozwarcia szpary powiekowéj. Kilka nacięć w skórze powiek zwolniły na razie napięcie, przyczem okazało się, że wzrok jest utrzymany. Dnia 13/IV nowe zwiększenie się sprawy zapalnéj; po rozwarciu biernem powiek podaje chora, że nic okiem tem nie widzi. W tymże dniu znalazłem co następuje: Obie powieki prawego oka, przeważnie górna, znacznie obrzmiałe deskowato twarde, pokrywają nieruchomo gałkę. Po rozwarciu powiek łyżkami Desmaresa widać gałkę w całości niezmienioną. Rogówka prócz drobnych starć przybłonka prawidłowa. Źrenica rozszerzona nie oddziaływa Brak poczucia światła. Wziernikiem znalazłem tarczę nerwu wzrokowego bladą jak papier, żyły nieco grubszo, tętnice zaledwie dostrzegalne, słowem obraz zaniku tarczy. O badaniu ucisku śródocznego przy kolosalnem zgrubieniu powiek mowy być nie mogło. Wzrok nb. nie powrócił.

Reasumując wnioski nasze z powyższego powiedzieć możemy:

1) Ucisk zewnętrzny nagle wzrastający, doszedłszy do pewnego stopnia, może sprowadzić nagłą ślepotę.

2) Ślepota ta przebiega wśród objawów podobnych do jaskry i kończy się zanikiem tarczy a nawet nekrozą siatkówki, skutkiem zaciśnięcia naczyń siatkówkowych.

3) Ztąd należałoby w podobnych przypadkach liczyć się z tą możliwością i przy zwiększeniu napięcia powiek obok wskazanego zabiegu nie zwlekać z wydatnem, tymczasowem rozcięciem zewnętrznego spoidła szpary powiekowéj.

niósł późniéj Dr. Aronsohn, taki sam krwotok wystąpił dnia 7 maja w drugim oczodole, przyczem recydywy kilkakrotnie jeszcze ponawiały się aż do śmierci pacyjentki, która nastąpiła dnia 12 maja skutkiem zgorzeli odnogi dolnéj z zatoru tętnicy udowéj.

II. O martwinie fosforowéj

Przez

Dra Józefa Bogdanika,

prymaryjusza szpitala powszechnego w Białéj.

(Dok. Patrz Nr. 42.)

W tych przypadkach uderza jednozgodność w wywiadach. Chorzy doznali bólu zęba, kazali sobie chory ząb wyjąć i daléj pracowali w fabryce. Ból nie ustawał, owszem wzmagał się, a późniéj przeniosła się sprawa chorobowa na szczękę względnie okostnę. Mając to na uwadze, jakoteż uznany fakt, iż martwina fosforowa prawie wyłącznie dotyczy początkowo szczęki dolnéj i dopiero w następstwach przenosi się na szczękę górną a nawet inne kości twarzy i czaszki, udałem się do znajomych dentystów, czy nie jest przypadkowo rzeczą stwierdzoną, iż przedewszystkiem zęby szczęki dolnéj ulegają próchnicy. I dowiedziałem się rzeczywiście, iż statystyka dentystyczna podaje próchnicę zębów dolnych do górnych w stosunku 3 : 2 i że właśnie przeważnie pierwszy ząb trzonowy dolny najpierwéj i najrychléj ulega próchnicy, o czem i z podręczników dentystycznych przekonać się można. Okoliczność ta stanowi o jeden dowód więcéj, iż bezpośrednie zetknięcie się pary fosforowéj z schorzałą a przynajmniéj obrażoną szczęką wywołuje martwinę, jak to wielu chirurgów twierdzi a Wegner [1]) doświadczeniami na zwierzętach udowodnić się stara. Króliki bowiem, których kości z okostnéj obnażył a następnie umieścił w skrzyniach napełnionych parą fosforową ulegały martwinie, króliki zaś z kością nieobnażoną nie. Nader rzadkie są wyjątki, gdzie martwina występuje u ludzi i ze zdrowemi zębami.

Co do przyczyn przeto powstawania tego cierpienia nie ma różnicy zdań, inna zaś rzecz co do pytania, w jaki spo-

[1]) *Der Einfluss des Phosphors auf den Organismus. Virchows Archiv.* 1872.

sób sprawa chorobowa się szerzy. Jedni, np. Geist, twierdzą, iż sprawa rozpoczyna się zawsze jako zapalenie okostnéj, niekiedy z przebiegiem bardzo ostrym (*periostitis acutissima*). W tych przypadkach bolesność szybko wzmaga się do wysokiego stopnia, obrzmienie szerzy się bardzo szybko na policzek i szyję, następują dreszcze i gorączka, zapalenie przemienia się w ropienie i posoczenie. Ropnie powstałe przebijają się na zewnątrz, wyniszczenie ogólne postępuje szybko, a śmierć następuje w przeciągu dwóch lub trzech miesięcy. W takich przypadkach wykazuje sekcyja zwłok, iż dziąsła, okostna i mięśnie twarzy przemienione są w cuchnącą, gęstą ciecz, barwy czerwono brunatnéj. Szczęka dolna jest zupełnie oddzieloną od okostnéj a cienka warstewka złogów kostnych (*osteophyty*) pokrywa jéj powierzchnię, a złogi te nie są organicznie złączone z okostną.

Taki przebieg jest atoli nader rzadkim, przeważnie zapalenie okostnéj jest przewlekłem z tworzeniem się złogów kostnych, które powoli całą kość otaczają, tworząc niekiedy wcale grube pokłady nie złączone z kością organicznie. Dopiero następowo, biernie powstaje martwina kości (*necrosis*) wskutek niedostatecznego odżywienia tejże. Zdanie to podziela wielu, między nimi Obaliński[1]) i Rydygier[2]), który opisał przypadki z kliniki Rieda w Jenie. Wprost przeciwnie twierdzi Lorinser a nawet w rozprawie swéj „o chorobowych zmianach na kościach szczękowych, wywołanych parą fosforową", wyraził się o zdaniach przeciwników: „...*sie sind aus überspannter Kleinigkeitskraemerei und aus irrigen Ansichten über den Knochenbrand hervorgegangen*"[3]). Mimo tego oświadczenia nie udało mu się zbić teoryi o pierwotnem zapaleniu okostnéj. W przypadkach przez siebie obserwowanych widziałem, iż sprawa przeważnie zaczyna się od okostnéj, jeden preparat atoli, t. j. szczęka z przypadku 4-go przekonywa mnie, iż pierwotna martwina kości wskutek działania pary fosforowéj powstać może. Po wyjęciu pierwszego lewego zęba trzonowego odrazu ropienie ogarnęło wyrostek zębodołowy szczęki dolnéj. Podczas operacyi łatwo oddzielić się dała okostna od kości, na okostnéj jednak nie znalazłem żadnych produktów zapalnych; na kości zaś w okolicy ubyłego zęba widać było mocno cuchnące ognisko sposoczałe, barwy brudno zielonkowatéj a posoka wypełniała otwory w nadżartéj kości. (Na zjeździe okazałem odpowiednie preparaty, t. j. takie, gdzie sprawa chorobowa rozpoczyna się od okostnéj z wytworzeniem złogów (fig. 1), jakoteż dotyczący preparat uwidoczniający pierwotną martwinę kości (fig. 2).)

Jeżeli się sprawę chorobową pozostawia saméj sobie, wówczas z biegiem czasu zapalenie okostnéj i martwina kości postępuje coraz daléj i powstają zatoki sposoczałe a szczęka z biegiem czasu już to częściowo, jużto w całości się oddziela tak, że ją szczypczykami wyjąć można a na miejscu wydobytéj kości następuje od okostnéj regeneracyja — kostnina. Proces ten jednak trwa bardzo długo, przeciętnie 6—9 lat. a u chorego wskutek długotrwałego ropienia chera



Fig. 2.

Fig. 1.

coraz więcéj postępuje, zwłaszcza że i odżywienie rychło cierpi przez upośledzone trawienie, bo ropa z pokarmami dostaje się do żołądka. Dlatego też lekarze bardzo rychło pokusili się, aby chorą kość w drodze operacyjnéj usunąć. Niestety razem z kością martwiną zajętą usuwano i okostnę z świeżo tworzącą się kostniną. Przez to powstało znaczne zeszpecenie, bo dla braku okostnéj regeneracyja kości nastąpić nie mogła, wskutek tego żucie było bardzo upośledzone, usta zamknąć się nie dały i ślina ustawicznie spływała a mowa stała się mało zrozumiałą. Dlatego to operacyjny sposób usuwania choroby natrafił na przeciwników, aż przez staranne oddzielenie okostnéj przy operacyi i pozostawienie jéj w jamie ustnéj tak rozległemu kalectwu zapobiegano.

W tym celu podał Jervell[1]) swoję metodę. Wzdłuż dolnego brzegu szczęki prowadzi cięcie aż do kości. Następnie oddziela tak po stronie zewnętrznéj jakoteż wewnętrznéj okostnę od kości i wprowadza pomiędzy okostnę a kość gazę jodoformową, którą co kilka dni odnawia. Po 6—7 tygodniach zaś resekuje kość. Metoda ta nie znalazła naśladownictwa, bo przeważnie zaraz po cięciu wzdłuż dolnego brzegu szczęki, jak to i ja w pierwszym przypadku uczyniłem, resekuje się kość. Cięcie to zaleca i Rydygier w swéj pracy. Mimo resekcyi jednak pozostała część kości rychło ulega martwinie, którą Rydygier nazywa recydywą Bryka, zwłaszcza iż chorzy mimo zakazu nadal oddają się temu samemu zatrudnieniu i chorzy ci wnet powracają do szpitala i sami usilnie domagają się powtórnéj operacyi, którą też

[1]) Zapalenie okostnéj i martwina kości dolnoszczękowéj wskutek działania wyziewów fosforowych. Wyluszczenie szczęki dolnéj. Przegląd Lek. 1873, Nr. 50. — [2]) *Deut. Zeitschrift f. Chirurg.* 1878, XI. — O martwinie fosforowéj. Przegląd Lek. Nr. 17, 18, 20, 21, 23. — [3]) *Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.* Jahrgang VII, 1851, Heft I.

[1]) Referat w *Centralblatt für Chirurgie*, 1889 str. 337.

w licznych przypadkach wykonano, wyłuszczając dwuczasowo nawet całą szczękę.

Pierwszy taki przypadek dotyczy Małgorzaty R., 21 lat liczącéj robotnicy w fabryce zapałek w Norymberdze, u któréj Heyfelder w Erlandze w r. 1843 wyłuszczył lewą połowę żuchwy, przeciąwszy wargę dolną w środku, a drugie cięcie poziome prowadząc wzdłuż dolnego brzegu kości. Następnego roku Stadelmann tejże choréj wyłuszczył drugą połowę szczęki [1]). Oprócz tego przypadku jeszcze wiele jest znanych w literaturze, w których dwuczasowo całą szczękę wyłuszczono. W ten sposób postępowałem trzykrotnie, prowadząc cięcie jużto wzdłuż dolnego brzegu żuchwy, jużto torując sobie drogę do kości, przecinając w połowie wargę dolną. W czwartym przypadku zaś odrazu szczękę wyłuszczyłem od jamy ustnéj bez cięcia zewnętrznego i przekonałem się, że ten sposób operowania nie przedstawia najmniejszych trudności. Trzeba tylko na to uważać, aby po oddzieleniu języka od szczęki koniec jego na zewnątrz wyciągać. Krwotoków zaś obawiać się nie należy, bo przecięcia większéj tętnicy uniknąć można, krwotoki żylne zaś zazwyczaj dość silne tamuje się tamponem z gazy jodoformowéj. Zarzut, jakoby przytem powstawało znaczne zeszpecenie, jest nawet wtedy nieuzasadniony, jeżeli się za przykładem Heyfeldera i innych wargę dolną środkiem przecina. Przypadki takie zaś, gdzie warga przyjmuje postać ptasiego dzioba, choremu ustawicznie ślina ścieka z ust, których zamknąć nie może, będą postaciami legendowemi, które tylko wtedy powstają, jeżeli się nie szanuje okostnéj, jak wyżéj wspomniałem.

Jeżeli się zaś szczękę podokostnowo wyłuszcza, wtedy to właśnie tę korzyść się odnosi przy wyłuszczeniu całéj szczęki odrazu, iż:

I° unika się poddawania chorego dwukrotnéj operacyi, co przecież nie jest rzeczą obojętną a dolegliwości przy martwinie fosforowéj muszą być znaczne, skoro chorzy tak łatwo na powtórną decydują się operacyję.

II° żucie i mowa po resekcyi częściowéj o wiele więcéj są upośledzone aniżeli po wyłuszczeniu całéj szczęki. W moich przypadkach chorzy już po kilku dniach ukradkiem chleb jedli, a zazwyczaj siódmego dnia zapisywałem im już chleb i mięso.

III° zniekształtnienie twarzy po wyłuszczeniu całéj żuchwy jest znacznie mniejsze aniżeli po resekcyi częściowéj, zwłaszcza jeżeli się cięcia skórnego nie robi. Przekonać się o tem można snadnie porównywając fotografije dotyczących chorych. Twarz po resekcyi częściowéj jest skrzywioną, część bowiem szczęki pozostawiona w jamie ustnéj zbacza i to ku tyłowiu i ku stronie resekowanéj, jeżeli nie przekroczono połowy szczęki. W tym przypadku zaś, jeżeli resekowany kawałek przenosi połowę szczęki, kość pozostała zbacza na zewnątrz. Zęby przeto przy ustach zamkniętych nie schodzą się, przez co żucie bardzo jest upośledzone a mowa niewyraźną. Kalectwu temu zapobiedz można protezą, co wkracza w zakres dentystyki. W tym względzie polecam obszerne dzieło Claude Martina, licznemi ilustracyjami opatrzone [2]). Tuż po dokonanéj resekcyi wprowadza on do jamy ustnéj podobny do resekowanéj szczęki kawałek wulkanizowanego kauczuku, który w odpowiedni sposób do resztek szczęki przymocowuje. Radzi on jednak, aby wstawiony kawałek był nieco większy aniżeli część resekowana, a nadto celem ułatwienia desinfekcyi czyni w kauczuku liczne kanaliki, które przepłukiwać można. Gdy już blizna zupełnie jest skonsolidowaną a ropienie ustało, usuwa kauczuki i wprawia natomiast stałą protezę, w zupełności ubytéj szczęce odpowiadającą. Od dziesięciu lat w ten sposób postępuje i doprowadził do tego, iż nawet całą dolną szczękę wstawia.

Moi operowani po wyłuszczeniu całéj szczęki mają się całkiem dobrze, w miejsce kości wytworzyła się twarda kostnina dostateczny stawiająca opór, aby górnemi zębami zgnieść chleb lub mięso i jakkolwiek bródka jest nieco cofniętą ku tyłowi, niewiele ich to szpeci a usta są zamknięte. A jest nadzieja, że stan ten daléj potrwa, skoro Albert w swym podręczniku chirurgii [1]) wspomina, iż po 25 latach widział chorą, któréj Dummreicher całą szczękę wyłuszczył z powodu martwiny fosforowéj. Była ona zdrową i powiła kilkoro zdrowych dzieci. Czy jednak nie nastąpi recydywa? Tego się nawet spodziewać należy, zwłaszcza że dotąd, jak się dowiaduję, już dwóch operowanych w fabryce daléj pracuje.

Na zakończenie jeszcze słów kilka o środkach zapobiegawczych téj groźnej chorobie zawodowéj. Znaną jest rzeczą, iż robotnicy zajęci maczaniem patyczków w masie fosforowéj, wydobywaniem zapałek z suszarni, jakoteż pakowaniem ich w pudełka, przedewszystkiem ulegają martwinie. Uprzejmości fizyka miejskiego w Bielsku Dra Tischlera zawdzięczam daty bardzo ważne. Otóż w fabryce rzeczonéj zajętych jest 20 mężczyzn i 22 kobiet. Pierwsza z pomiędzy wyżéj przytoczonych chorych zajętą była pakowaniem zapałek, drugi i trzeci chory maczaniem patyczków, czwarty zaś miał rozmaite zajęcia. Używa się 25 kilogramów przeważnie białego fosforu tygodniowo, a z tego wyrabia się 30—35 milionów zapałek. Do rozpuszczania fosforu służy przedewszystkiem klej, w mniejszéj ilości guma i dekstryna, a przygotowywanie masy jakoteż maczanie odbywa się w otwartych naczyniach. Nie przestrzega się tego, aby z suszarni wyjmowano zapałki dopiero po zupełnem ostudzeniu i przewietrzeniu sali. Robotnicy sukien robotniczych nie noszą, lecz pracują w swojem ubraniu a jedzą nie umywszy się poprzednio, bardzo często nawet w salach fabrycznych. Jest zatem dosyć danych do rozwielmożnienia się choroby. Fosfor biały jest szkodliwszy aniżeli czerwony, którego używają do fabrykacyi zapałek szwedzkich. Rozpuszczenie zaś fosforu w kleju odbywać się musi na gorąco, wydziela zatem więcéj pary aniżeli rozpuszczanie w gumie, co się odbywa na zimno. Do szkodliwości zalicza się niedostateczne przewietrzanie, jakoteż jedzenie w salach bez obmycia się. To już dawno wykazano i przepisami dotyczącemi zakazano. Robotników z zębami zepsutemi i po wyjęciu ich nie powinno się do fabryki przyjmować.

Aby opis niniejszych przypadków łabędzim był a sprawdziło się zdanie Rydygiera, że martwina fosforowa zupełnie zniknie, wniosłem na IV Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, a b y z w r ó c o n o b a c z n ą u w a g ę w ł a d z, i ż t y l k o n a j s u r o w s z e p r z e s t r z e g a n i e p r z e p i s ó w p o w s t r z y m a ć m o ż e p o w s t a w a n i e m a r t w i n y f o s f o r o w é j.

[1]) Anton Keller: *Ueber Resection des ganzen Unterkiefers*. Erlangen 1853. — [2]) *De la prothèse immédiate appliquée à la resection des maxillaires*. Paris 1889.

[1]) *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre*.

III. Mleko wapienne jako środek desinfekcyjny.

Podał
Prof. N. Cybulski.

Pomimo ciągłego postępu wiedzy lekarskiéj i znacznych zmian w zapatrywaniu na istotę chorób zakaźnych w walce z każdą epidemiją, pozostają nam zawsze tylko dwie drogi: po pierwsze zapobieganie możliwemu szerzeniu się epidemii za pomocą rozmaitych urządzeń sanitarnych, jak np. dostarczenia mieszkańcom dobréj wody, kanalizacyę, czystość itp., powtóre desinfekcyja, — w razie, jeżeli zarazki chorobotwórcze są już w danej miejscowości zaszczepione.

Co do pierwszego środka walki z epidemijami, tj. urządzeń sanitarnych, to z pewną dumą możemy zaznaczyć, że jeżeli niezupełnie jeszcze uczyniono zadość wymaganiom, które stawia nauka pod tym względem, to w każdym razie zrobiono już bardzo dużo w całéj środkowéj Europie, z wyjątkiem niektórych miast Austryi i całéj Galicyi. To też stanowczo można powiedzieć, że Europa w roku bieżącym wytrzymuje próbę ogniową, składa egzamin ze swoich urządzeń sanitarnych wobec epidemii, która zupełnie niespodziewanie do niéj zawitała. Jak dotychczas próba ta wypadła bardzo pomyślnie, gdyż w rzeczywistości, prócz Hamburga, pomimo tak ożywionéj komunikacyi, jaka istnieje w Niemczech, pomiędzy miastami wogóle, a w szczególności między miastami środkowych Niemiec i Hamburgiem, epidemija nigdzie się nie rozwinęła do większych rozmiarów, w wielu zaś miastach nawet zwykle kończyła się tylko na przypadkach importowanych, jak np. w Kolonii, Koblencyi, Frankfurcie, Halli, Lipsku i wielu innych.

Również szczęśliwie prowadzono walkę z epidemiją tegoroczną we Francyi. W Paryżu pierwsze przypadki cholery były skonstatowane już w maju, jednakże epidemija przez całe lato nie doszła do tego rozwoju, do jakiego zwykła dochodzić podczas swoich poprzednich wizyt. Z miast francuskich tylko w Hawrze epidemija przybrała stan nieco bardziéj zagrażający, jednakże i tu bardzo szybko, dzięki zarządzonym środkom, udało się ograniczyć dalszy jéj rozwój. Może też nigdy nie było sposobności wykazać tak dobitnie, jak podczas tegorocznéj epidemii, jak wielką rolę odgrywają środki desinfekcyjne w stłumieniu już rozwiniętéj lub rozwijającéj się epidemii; właśnie w Hawrze mamy tego najlepszy przykład. Pierwszy przypadek śmierci zaszedł tu podług prof. Giberta 14 lipca (*Le bulletin médical* z dnia 28 września), następnie epidemija powoli się rozwijała, jednakże z powodu, że lekarze we Francyi nie są obowiązani zawiadamiać władz politycznych lub policyjnych o przypadkach cholery, istnienie epidemii w mieście stało się powszechnie znanem dopiero w pierwszych dniach sierpnia. Od téj chwili epidemija szybko się wzmagała, przytem występowała w formach tak ciężkich, iż zdaniem przytoczonego wyżéj autora procent śmiertelności wynosił co najmniéj 80. W pierwszych początkach walka z epidemiją była prowadzoną w sposób niedokładny; jednakże, gdy po pewnym czasie udało się zastosować rozmaite środki desinfekcyjne z całą ścisłością, jakiéj wymaga nauka, od téj chwili ilość nowych zapadnięć na cholerę szybko zaczęła się zmniejszać i sama epidemija przybrała charakter nieporównanie bardziéj łagodny. Niewątpliwie, że fakt, iż w miastach środkowych Niemiec epidemija nigdzie się nie rozwinęła, zawdzięczają Niemcy tylko temu, iż obok urządzeń higijenicznych w miastach tych nie szczędzono także środków desinfekcyjnych w każdym podejrzanym przypadku.

Jako środków desinfekcyjnych z początku, jak wiadomo używano powszechnie kwasu karbolowego, sublimatu, siarkanu miedziowego (w Hawrze) i wielu innych, w skład których wchodziły przeważnie związki fenolowe i kresolowe (dziegieć, smoła itp.), jednakże w miarę jak epidemija obejmowała coraz większe przestrzenie, środki te, a szczególnie kwas karbolowy, tak się wzmogły w cenie, że z konieczności wypadało zastanowić się nad jakimś nowym, któryby w cenie był dostępny i na każdem miejscu mógł być do nabycia.

Za jeden z takich środków w sierpniu b. r. władze sanitarne niemieckie a następnie najwyższa Rada zdrowia w Austryi, władze sanitarne w Warszawie, uznały wodnik wapniowy w postaci tak zwanego mleka wapiennego.

Wprawdzie od dawna wiedzieliśmy, że z jednéj strony wodnik wapniowy, z drugiéj mleko wapienne posiadają pewne własności desinfekcyjne, jednakże do ostatnich czasów żaden z higijenistów nie uważał wapna za środek pewny i godny bezwzględnego polecenia; jeżeli zaś tu i ówdzie można było spotkać wzmiankę o wapnie jako środku desinfekcyjnym, to zwykle czyniono ją z zastrzeżeniem wyraźnem, że w razie braku innych pewniejszych środków można używać także wapna. Używano go dotychczas prawie wyłącznie w postaci wapna niegaszonego, którem posypywano śmieciska, place, zanieczyszczone organicznemi, ulegającemi rozkładowi substancyjami, jamy i doły kloaczne, przyczem jeżeli miejsca, do desinfekcyi których używano wapna, nie posiadały dostatecznéj ilości wilgoci, polewano je wodą, aby w ten sposób wywołać na miejscu tak zwane lasowanie wapna. Gryzące i alkaliczne własności powstałego w ten sposób roztworu wodnika wapniowego oraz podniesioną ciepłotę, niekiedy dość znacznie, uważano za czynniki, które działają zabójczo na niższe ustroje.

Jakkolwiek żaden z higijenistów bynajmniéj się przytem nie łudził, że desinfekcyja tego rodzaju jest dokładna, wszelako doświadczenie uczyło, że wapno zastosowane w téj postaci zatrzymuje, a przynajmniéj zmniejsza procesy gnicia istot organicznych, a nadto służy jako środek odwaniający, o ile woń zanieczyszczonych miejsc zależała od gazów, mających własności kwasów i mogących wchodzić w połączenie z wodnikiem wapniowym. O całkowitem jednakże odwonieniu miejsc zanieczyszczonych mowy być nie mogło.

To też łatwo zrozumieć, że gorące zalecanie mleka wapiennego, które spotykamy w rozporządzeniach prezydenta policyi w Berlinie z dnia 3 sierpnia b. r. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 32) oraz jednomyślne polecanie tego środka w ostatnich czasach u nas musiało wzbudzić u niejednego lekarza, jeżeli nie wątpliwość w skuteczność zaleconéj desinfekcyi, to w każdym razie potrzebę wyjaśnienia podstaw, na których wspomniane propozycyje się opierały. Na podstawie tego przypuszczenia sądzę, że krótkie zastanowienie się nad tą sprawą w organie lekarskim nie będzie zbytecznem.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

August Kosiński: **O zwyrodnieniu śluzowem komórek rakowych.**

Przedmiotem badania był galaretowaty rak żołądka z licznemi przerzutami do wątroby, gruczołów krezkowych i otrzewnéj. Miarą zmian w utkaniu raka była cechująca metachromazya, jaką z produktami zwyrodnienia dają w najwybitniejszym stopniu safranina i toluidynowy błękit. polegająca na tem, że komórki śluzowo zwyrodniałe barwią się safraniną pomarańczowo, a nie czerwono, wspomnianym zaś błękitem fioletowo zamiast niebiesko. Oba te barwiki dawały najlepsze obrazy drobnowidowe; prócz tych zasługują jeszcze na uwagę dahlia i błękit metylowy i wogóle tego rodzaju preparaty wypadają najlepiéj, jeśli się je barwi takiemi barwikami, które zabarwiają jądra. Co do rozmieszczenia zwyrodnienia śluzowego wśród utkania nowotworu w odnośnym przypadku, to nie przedstawiało ono jednolitego obrazu, tak bowiem komórki środkowe jak i obwodowe, niekiedy jedne i drugie okazywały zwyrodnienie śluzowe. Jeśli sprawa zwyrodnienia dopiero się rozpoczynała, zajętem było samo pierwoszcze komórek, natomiast jądra okazywały w takich razach zmianę kształtu wywołaną uciskiem zwyrodniałego pierwoszcza. Naodwrót jednak w nielicznych preparatach spotykał autor zmianę śluzową rozpoczynającą się w jądrach komórek rakowych, podobnie jak się to dzieje w komórkach kielichowatych z jelit salamandry. A i w tych preparatach zwyrodnienie zajmowało bądź środkową bądź też obwodową część jądra. Spotykał autor nadto i takie komórki, gdzie obok jednego niezmienionego jądra znajdowała się jakby kropla śluzu okazująca metachromazyę i takie komórki uważa za dwujądrzaste. W każdym razie czy ze środka czy z obwodu komórki wychodzi sprawa zwyrodnienia, stopniowo cała komórka, a w dalszem następstwie i całe utkanie nowotworu ulega przemianie śluzowéj. (*Gazeta lek.* Nr. 38 1892.) *Dr. Ludomił Korczyński.*

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

W ostatnim Nrze „Nowin Lekarskich“, znajduje się doniesienie tymczasowe Dra Niedźwieckiego z Mińska p. t.: „Czy cholera stanowi oddzielną jednostkę chorobową?“, w którem autor usiłuje jednym zamachem obalić przyjęte zapatrywanie co do etyjologi cholery i udowodnić, że cholera nie jest niczem innem, jak tylko złośliwą postacią zimnicy ukrytéj, występującéj epidemicznie (*malaria larvata epidemica perniciosa*). Na poparcie swego twierdzenia przytacza N. 1) fakt, że w krwi chorych na cholerę i cholerynę mają się znajdować w wielkiéj ilości pasorzyty zimnicze, 2) korzystne działanie chininy w cholerze. Bliższych szczegółów, jakie wyniki lecznicze otrzymał z podawania chininy, autor jednak nie podaje. Zresztą mają za zapatrywaniem autora przemawiać dane epidemijologiczne, jak również „większość klinicznych objawów“. Objawów tych jednak autor nie wymienia i ułatwia sobie sprawę spuszczając się na domyślność czytelnika. Aby wytłomaczyć obecność prątka przecinkowego w wypróżnieniach cholerycznych, ucieka się autor do znanego sposobu wytłomaczenia zakażeń wtórorzędnych i sądzi, że prątki te, będące stałymi mieszkańcami przewodu pokarmowego mają w wydzielinie kiszkowéj u cholerycznych znakomite środowisko do rozwoju. Wychodząc ze swego punktu widzenia, uważa autor tylko te środki zapobiegawcze za racyjonalne przeciw cholerze, które opierają się na teoryi Pettenkofera; większość zaś środków zaleconych na podstawie teoryi Kocha nie ma racyi bytu i przyprawiają jedynie o straty materyjalne. Jako najskuteczniejszy środek zapobiegawczy podczas epidemii uważa N. chininę.

Jak mało zaufania budzi artykuł, z którego streszczenie podaliśmy, dowodzi okoliczność, że Redakcyja „Nowin Lekarskich“ w dopisku oświadcza, że z wywodami autora się nie godzi.

Rumpf: „Leczenie cholery w nowym szpitalu powsz. w Hamburgu“.

Wyniki leczenia otrzymane w tym szpitalu mają donioslość ze względu na poważną liczbę leczonych tam chorych, których cyfra do drugiéj połowy września dosięgła 3000. Podawszy w krótkości wskazania lecznicze w pojedynczych okresach choroby, wylicza R. wszystkie środki, jakich w celu zadośćuczynienia tym wskazaniom próbowano i które z nich okazały się skutecznemi.

W okresie początkowym w celu uczynienia prątków cholerycznych nieszkodliwemi próbowano kolejno salolu, kreoliny i kreosotu; wszystkie te środki okazały się bezskutecznemi, podobnie jak kwas solny i mlekowy oraz przetwory kresolowe, woda chlorowa jest wręcz szkodliwą. Jako przyczynę tych bardzo niepomyślnych rezultatów uważa autor tę okoliczność, że jad wytworzony przez prątki już przedtem ulega resorbcyi, zanim choroba objawia się na zewnątrz. Co do gorących enterokliz garbnikowych, to musiano je w początkowych okresach i w ciężkich przypadkach jako zupełnie bezskuteczne porzucić. Rzadko kiedy udaje się większą ilość płynu wprowadzić, chory szybko ją następnie oddaje, a R. nie wierzy, aby się udało wprowadzić płyn poza zastawkę Bauhiniego do kiszki cienkiéj. Natomiast w późniejszych okresach lżejszych przypadków działały enteroklizy korzystnie. Teoretycznie wyrozumowana skuteczność wstrzykiwań podskórnych salolu i eteru również nie znalazła potwierdzenia w praktyce.

Natomiast udało się Rumpfowi z znacznie lepszym skutkiem uczynić zadość drugiemu wskazaniu, tj. potrzebie wydalenia z jelit jadu chorobowego za pomocą kalomelu. Środek ten stosowano w zwykłéj biegunce choleryczněj i w pierwszym okresie intoksykacyi, z początku po 0·3 dziennie, późniéj w małych dawkach 0·02—0·05 co 2 godz. Jeżeli wymioty po kalomelu nie ustawały, podawano kilka kropel 1% roztworu kokainy.

Obok kalomelu najskuteczniejszemi w I i II okresie okazały się kąpiele gorące. Po kąpieli podnosi się ciepłota chorego i utrzymuje się przez kilka godzin, jeżeli się chorego zawinie w ciepłe koce; za każdorazowem ponownem obniżeniem się ciepłoty należy gorącą kąpiel powtórzyć. Jako bezpośrednie działanie gorącéj kąpieli podaje R. pogłębienie oddechu i podniesienie tętna. Oprócz tego naturalnie nie można się obejść bez środków podniecających, jak gorącéj herbaty i kawy, wina, kamfory itd. Podawanie większéj ilości płynu zwiększa wymioty, jednakże R. odniósł wrażenie, jakgdyby wymioty raczéj były korzystnemi. Jeżeli jednak wymioty zanadto brały górę, stosowano kokainę i podawano płyny często a w małych ilościach. Przeciw bolom w dołku podsercowym i kurczom bolesnym w ramionach i łydkach stosowano częste wstrzykiwanie małych dawek morfiny. Skutek zazwyczaj bywał zadowalający, złych następstw po morfinie nie zauważano, natomiast opium okazało się szkodliwem. Tego rodzaju leczenie stosowano zwyczaj przez 3 dni, a rezultaty miały być dość pomyślne. Częste wypróżnienia ustawały czasem jeszcze podczas podawania kalomelu, zazwyczaj po zaprzestaniu podawania; tu i owdzie powstawało zaparcie stolca, częściéj jednak biegunka, a badanie stolców w tym okresie okazywało zazwyczaj brak prątków przecinkowych. W tym okresie są enteroklizy Cantaniego zdaniem R. najodpowiedniejsze. W jednym przypadku zauważył autor po dwóch dawkach razem 0·6 kalomelu objawy zatrucia.

Leczenie ciężkiéj intoksykacyi cholerycznéj, *stadium algidum*, przedstawia wyniki o wiele gorsze. Po wielu próbach musiano wszystkie środki lecznicze jako bezskuteczne porzucić. Najlepsze wyniki dawały wstrzykiwania roztworu soli do żył, po których otrzymano 25% uzdrowienia, co ze względu na to, że stosowano je w nader ciężkich przypadkach z najgorszą prognozą, przedstawia się bardzo korzystnie. Gorsze znacznie rezultaty osiągnął Rumpf w swoim szpitalu za pomocą hypodermoklizy. (*Wien. med. Blätter*, 1892, Nr. 40). (C. d. n.) *Dr. Beck.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 15 czerwca 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło — Członków obecnych 41. Jako gość: Kol. Dr. Paweł Goldhaur z gubernii Jekaterinosławskiej w Rosyi.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Odnośnie do reskryptu prezydyum c. k. Namiestnictwa z d. 5/VI b. r. L. 5745/pr. uchwalono na wniosek Komitetu zamówić dla biblioteki Towarzystwa jeden egzemplarz protokołów z posiedzeń kongresu hygienicznego w Londynie w roku 1891 odbytego.

3) Kol. prof. Browicz przedstawia preparaty: *a)* częściowego braku trąbki maciecznéj u kobiety, któréj układ płciowo-rodny był zresztą prawidłowo wykształcony; *b)* mięsaka nerki u dziecięcia jednorocznego; *c) fibroma intercanaliculare vel arborescens*, gruczołu sutkowego; *d)* preparaty odnoszące się do zmian pęcherza moczowego skutkiem uwięźnięcia macicy ciężarnéj, mianowicie: błonę śluzową zgrubiałą z całego pęcherza za życia przez cewkę moczową wydaloną i ogołocone z tejże ściany pęcherza po sekcyi uzyskane.

W dyskusyi zaznacza kol. Mars, że podobny obraz do ostatniego preparatu przedstawia wnętrze macicy po wyskrobaniu.

Kol. Cercha podnosi, że obrazy te o tyle się różnią, że w macicy po wyskrobaniu pozostają zawsze części błony śluzowej zagłębione więcéj w ścianie, podczas gdy z pęcherza cała błona śluzowa doszczętnie została wydaloną.

Co do mięsaka nerki u dziecięcia jednorocznego zauważa kol. prof. Jakubowski, iż preparat, dopiero co okazany przez kol. Browicza, pochodzi z dziecięcia, które przez kilka tygodni pozostawało w szpitalu św. Ludwika i tamże zmarło, a u którego zaraz w dzień przyjęcia wybadano wielki guz, o powierzchni nierównéj i zbitości niejednostajnéj i uznano takowy za nowotwór rakowaty nerki prawéj. Daléj zaznacza, że nowotwory złośliwe w wieku dziecięcym należą do rzadszych spraw chorobowych i tak: W szpitalu św. Ludwika od lat szesnastu jest to dopiero drugi spostrzegany przypadek. Z kliniki szpitali dzieci wiedeńskich rozporządzających olbrzymim materyałem w ostatnich 20 latach podano tylko pięć przypadków raka nerki (trzy opisał Monti w r. 1872, dwa Gnändinger w r. 1881). Z prac zbiorowych o tym przedmiocie zasługują na uwagę: Monografia Rohrera z Zurychu z r. 1879, w któréj tenże zaznacza, iż na 115 zebranych przez niego w literaturze przypadków raka nerki, $1/3$ część przypada na wiek dziecięcy poniżéj lat dziesięciu. Następnie rozprawa Leiberta z Nowego Jorku z r. 1884, w któréj autor na podstawie 50 przypadków raka nerki u dzieci poniżéj lat dziesięciu, zebranych skrzętnie w literaturze, zestawia pojawy kliniczne cechujące tę groźną chorobę. Jednym z pierwszych i dość częstych pojawów bywa moczenie krwawe, występujące nagle, okresowo, bez żadnych innych zaburzeń w organizmie. Równocześnie, a czasem dopiero po kilku miesiącach wyśledzić można w jamie brzusznéj guz o nierównéj powierzchni i niejednostajnéj zbitości, powiększający się szybko, a w miarę jego wzrostu występuje coraz większe wychudnienie, ostatecznie dzieci giną wśród objawów ogólnego wyniszczenia. Do usunięcia téj groźnéj choroby dotychczas żadnych nieposiadamy zaradczych środków. Jedynie w wczesnem wycięciu zwyrodniałéj nerki pokładać można pewną nadzieję, mając na względzie to, że rak u dzieci rozwija się zwykle w jednéj tylko nerce a rzadko tworzy przerzuty. Po dokonaniu operacyi może więc pozostała nerka wydzielać mocz, a nowotwór rakowaty, jeżeli został dosyć wcześnie i doszczętnie usunięty, może się nieodnowić w innych tkaninach. Dotychczas o ile mu wiadomo, wyciął nerkę rakowatą z dziecięcia $2\frac{1}{2}$ lat liczącego prof. dr. Kocher w r. 1878, lecz dziecię zmarło w 51 godzin po operacyi na ropne zapalenie otrzewnéj. Za to Dr. Alsberg opisuje swój przypadek w 1887 r. wycięcia nerki nowotworem zajętéj u dziewczynki pięcioletniéj metodą Bergmanna, gdzie osiągnął zupełne wyleczenie w ciągu dwóch miesięcy. Alsberg opierając się na tym szczęśliwym wypadku, zachęca gorąco do wczesnego wycinania rakowatéj nerki u dzieci, skoro tylko choroba rozpoznaną zostanie.

Kol. Zarewicz zapytuje, czy już z uporczywych krwotoków nie można by wnosić o nowotworze.

Kol. prof. Jakubowski odpowiada, że raczéj z punkcyi, którą w danym przypadku uczyniono, możnaby cierpienie rozpoznać.

4) Kol. prof. Cybulski w objaśnieniu przedstawionych przez siebie kilkunastu preparatów mikroskopowych rdzenia i mózgu, przygotowanych w zakładzie fizyologicznym Uniw. Jagiell. przez Dra Mikuckiego, zaznacza, że preparaty cięto z kawałków stwardzanych w płynie Müllera a zatapianych w celloidynie, barwiono zaś takowe różnemi metodami, jak; 1) Karminową najdawniéjszą, 2) metodą Weigerta, która wymaga by okrawki, wyjęte z płynu Müllera, w którym pozostawały przez 24 godzin, opłukane następnie w 80% alkoholu, włożyć na 24 godzin do wodnego nasyconego rozczynu octanu miedziowego pół na pół wodą rozprowadzogo, następnie znowu je wymyć w 80% alkoholu, dopiero wtenczas włożyć na 24 godzin do hematoksyliny Weigerta (*Hematox. 1·00, Alcohol absol. 10·00, Aqu. destill. 90·00)*, zkąd wyjęte, należy po dokładnem obmyciu w wodzie, włożyć do płynu odbarwiającego (nadżelasinku potazu 2·50, boraksu 2·00, wody destyl. 200·00) w końcu opłukawszy je w wodzie, następnie alkoholu, można w ten sposób przyrządzone skrawki oglądać w olejku lub balsamie. Metoda ta umożebnia oglądanie najdrobniejszych rozgałęzień wypustek pojedynczych komórek. 3) metodą Pala, 4) met. Voltersa, 5) met. safraninową, 6) met. impregnacyjną Golgiego z modyfikacyą Ramona y Cajala; w okrawkach barwionych tą ostatnią metodą, tak komórki jak i wypustki barwią się czarno, taż metoda umożebniła wykazanie, że komórka wraz z wypustkami swemi ciągnącemi się aż do obwodu organizmu stanowi jednę całość (jednę jednostkę). Jedyną wadą téj metody jest, że preparaty są nie stałe, gdyż zabarwienie wyżéj wspomniane po pewnym czasie znika.

Kol. Sroczyński przedstawia przypadek operowanéj opadniętéj powieki górnéj, gdzie opadnięcie było, co rzadko się zdarza, wrodzone i zaznacza, że do poddania się operacyi skłoniła chorego ta okoliczność, że powieka wspomniana przysłaniała jego jedyne oko, którem mógł widzieć, powieki zaś wcale nie mógł podnieść, a tylko zadzierając głowę do góry tworzył wąską szparę. Operowano w tym przypadku metodą podaną przez Parnasa, podług któréj postępując, podciąga się kwadratowy płat powieki górnéj, podstawą połączony z takową, pod mostek skóry przez brwi zajętéj, następnie górną krawędź owego płatu wszywa się w górną ranę równolegle przebiegającą do brwi.

Kol. Fajersztajn zapytuje o następstwa pozostawania skóry płatu wraz z jej częściami składowemi pod owym mostkiem.

Kol. Sroczyński odpowiada, że w celu uniknięcia zanieczyszczenia wydzielinami gruczołów skóry, kieszonki do góry dnem zwróconéj, jaka tutaj się wytwarza, przestrzykiwał z dobrym skutkiem takową zapomocą zakraplacza rozczynem lapisu.

Kol. Marcisiewicz podnosi zarzuty, że operacya ta zanadto krwawą a rezultat nie znakomity, wspomina natomiast o metodzie Pagenstechera, która tworzy dwa postronki umożebniające znakomicie podnoszenie powieki, — podaje wreszcie modyfikacyę do metody Panasa, aby w płacie wytworzonym tą metodą zniszczyć warstwę powierzchowną.

Kol. Sroczyński stwierdza, że pociąganie powieki zapomocą blizn wywołanych nitkami według Pagenstechera jest nietrwałe, bo zaledwie kilka miesięcy, podczas gdy po metodzie Panasa należy się spodziewać wyniku daleko trwalszego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr Stanisław Karpiński.*

VI. Drugi Zjazd międzynarodowy fizyjologów w Leodyum odbyty w dniach 29, 30 i 31 sierpnia b. r.

Zjazd fizyjologów zgromadził w tym roku 102 uczestników, z których największy kontyngens dostarczyły Belgija (30), Anglija (24) i Francyja (20), z Niemiec przybyło 10, z Austro-Węgier 4, w téj liczbie prof. Cybulski z Krakowa i prof. Mareš z Pragi, z innych państw po jednym do trzech. W godzinach przedpołudniowych odbywały się teoretyczne wykłady i demonstracyje, popołudniu zaś eksperymenta w zakładzie fizyjologicznym prof. Fredericqa.

Na pierwszem posiedzeniu, któremu przewodniczył Fredericq, przedstawił Starling z Londynu nową metodę ilościowego oznaczania peptonu w cieczach tkankowych, polegającą na strąceniu istot białkowatych przez kwas trójchlorooctowy i oznaczaniu peptonu z przesączu za pomocą reakcyi biuretowéj. Z badań swych wysnuwa S. między innemi wniosek, że obecność peptonu we krwi nie opóźnia jéj krzepnięcia.

Następnie Rosenthal z Erlangi objaśniał własnego pomysłu urządzenie do badań kalometrycznych u zwierząt, Halliburton z Londynu okazał sposób otrzymywania nukleoalbuminy, Cremer z Monachium przedstawił wyniki doświadczeń swych przy karmieniu zwierząt trzema nowemi rodzajami cukru *izomaltozą, dekstromannozą i ramnozą*, z których pierwsza nie przechodzi do moczu, tylko głównie przyczynia się do wzmożenia ilości glykogenu w wątrobie (podobnie jak maltoza), druga zaś wydziela się przeważnie przez nerki. Langlois z Paryża zdał sprawę z badań wykonanych wspólnie z Abelousem nad czynnością nadnercza. Z doświadczeń tych autorów wynika to samo, co już inni podnosili, że nadnercze ma własność usuwania krwi z obiegu lub czynienia nieszkodliwemi istot trujących podobnych do kurary, które powstają pod wpływem pracy mięśni. Zwierzęta bowiem, którym wycięto nadnercza, giną po pewnym czasie wśród objawów ogólnego porażenia (przyczem mięśnie są pobudliwe, podczas gdy zakończenia nerwów są porażone), a krew takich zwierząt wstrzyknięta innemu zwierzęciu świeżo pozbawionego nadnerczy wywołuje odrazu te same objawy.

Na popołudniowem posiedzeniu demonstrował Hürthle (Wrocław) metodę do mechanicznego zapisywania tonów sercowych, polegającą na tem, że mały mikrofon zbudowany podobnie jak błona bębenkowa przykłada się do klatki piersiowéj w oddaleniu od miejsca uderzenia serca, a drgania téj błony wywołują w włączonym telefonie odpowiednie tony, lub sprawiają, że włączony aparat nerwowo-mięśniowy odpowiada na każdy ton skurczem.

Wertheimer (Lille) wykonywał doświadczenie na psie, demonstrując działanie siarkanu strychniny na nerwy naczynioruchowe. Według W. pobudza środek ten i nerwy mające wpływ zwężający naczynia i nerwy rozszerzające zależnie od tego, które w danym narządzie lub w danéj okolicy ciała mają przewagę.

W dalszym ciągu Laulanié (Tuluza) demonstrował zastosowanie swego kardyografu u psa a Sherrington z Londynu wykazywał doświadczeniem na małpie istnienie ośrodka dla zwieracza rzyci w korze mózgowej w tylnéj części *lobus paracentralis.* Nadto wykonał doświadczenie na małpie, z którego wynikałoby, że w mózgu istnieją także ośrodki odruchowe dla kończyn tylnych. W końcu Langlois i Charrin z Paryża wykonywali doświadczenia kalorymetryczne na królikach, którym wstrzyknięto przedtem hodowle z *bacillus pyocyaneus.*

Na następnem posiedzeniu przedpołudniowem okazywał Holmgren (Upsala) w imieniu Bowditcha z Bostonu tak zwane *Composito phothography*, figurujące stereotypowo na wszystkich Zjazdach. Są to złożone fotografije z zdjęć pewnéj liczby osób jednego zawodu, przedstawiające przeciętne typy tego zawodu. Następnie Ollivier z Paryża opisał sposób obserwowania połączeń protoplasmatycznych między komórkami roślinnemi, Schäfer z Londynu okazywał preparaty z mięśni owadów i zdał sprawę z nowego sposobu usuwania kawałków półkul mózgowych. Ponieważ ekstyrpacyja jednéj części półkuli mózgowéj pozbawia pozostałe części ich prawidłowéj podpory i w ten sposób może wywołać zaburzenie czynności, przeto postępuje autor teraz w ten sposób, że po wycięciu kawałka mózgu pozostawia go na pierwotnem miejscu. W przeciwstawieniu do pierwszych swych doświadczeń i do badań innych autorów nie spostrzegał autor u małp, którym odcinał płat czołowy, żadnych zboczeń w sferze psychicznéj.

Vitzou z Bukaresztu podał wyniki z swoich doświadczeń nad sferą wzroku u psów i małp, u których to ostatnich powstawała ślepota tylko po wycięciu płatów potylicznych a nigdy po ekstyrpacyi obu *gyri angulares* w przeciwstawieniu do wyników badań Ferriera oraz Cybulskiego i sprawozdawcy. Na uwagę zasługują doświadczenia Verhoogena z Brukseli nad rozdziałem istot wprowadzonych do obiegu krwi; a wykazują one, do czego i inni autorowie doszli, że istoty takie szczególnie nagromadzają się w wątrobie i szpiku kostnym.

Oprócz wymienionych wykładów demonstrowali nadto niektórzy uczestnicy mikroskopowe preparaty.

Z doświadczeń wykonanych na popołudniowem posiedzeniu zajmował uwagę uczestników wykonany przez Chauveaua (Paryż) eksperyment na koniu, u którego zapisywano graficznie równocześnie ciśnienie krwi w prawéj komorze, w prawym przedsionku, w lewéj komorze i w aorcie, uderzenie koniuszkowe i tony serca. Wedeński z Petersburga demonstrował prądy czynnościowe nerwów za pomocą telefonu oraz ogłoszone już dawniéj doświadczenia o zjawisku zwiększania się skurczu znużonego mięśnia, pomimo osłabienia siły prądu. Wertheimer (Lille) wykazywał doświadczeniem na psie, że żółć wprowadzona do obiegu krwi wchodzi bezpośrednio z krwi do przewodów żółciowych. Gréhant (Paryż) okazał metodę oznaczania ilości tlenku węgla pochłonionego przez ustrój oraz przyrząd do oznaczania gazów wytwarzających się w kopalniach. Nadto okazywał tenże wspólnie z Martinem przeprowadzone doświadczenie nad działaniem pary i dymu ze spalonego opium i t. zw. *chandoo.* Wbrew znanym spostrzeżeniom u ludzi nie wywiera wdychiwanie tych par u psów żadnego wpływu. W końcu Zwaardemaker (Utrecht), który wystawił rozmaite olfaktometry, używane przez siebie do badań zmysłu powonienia, demonstrował kilka doświadczeń rzucających światło na mechanizm powonienienia.

W trzecim dniu przedstawił Cybulski wyniki wspólnie z Zanietowskim wykonanéj pracy nad zastosowaniem kondensatorów do podrażnień mięśni i nerwów, a na popołudniowem posiedzeniu tegoż samego dnia, demonstrował uczestnikom Zjazdu urządzenie do zastosowania kondensatorów przez siebie wprowadzone i wykonał kilka doświadczeń na żabach. Na rannem posiedzeniu opisał także Hédon z Montpellier doświadczenia swe potwierdzające badania Minkowskiego co do wpływu wycięcia trzustki na pojawianie się cukru w moczu. Sposób postępowania Hédona ma być bardzo dogodnym do zakładania trwałéj przetoki trzustkowéj.

Na uwagę zasługują doświadczenia Arloinga (Lyon) wykazujące, że za pomocą kateteryzowania serca (u konia) lub drażnienia nerwu błędnego można wywołać skurcz tężcowy serca. Autor tych doświadczeń przypuszcza, że nerw błędny zawiera także zwykłe włókna nerwowo motoryczne dla serca. W innéj pracy, którą ten sam autor na Zjeździe przedstawił, wykazuje on, że pod wpływem pewnych zboczeń w unerwieniu serca występuje nierówno czesność w skurczach obu połów serca, i dlatego uważa zapatrywanie, jakoby zdwojenie tonów nigdy nie mogło być następstwem nierównoczesności skurczów obu połów serca, za mylne. W dalszym ciągu przedstawił Slosse (Bruksela) psa, któremu gruczoł tarczykowy wycięto przed 13 miesiącami, a u którego po ekstyrpacyi wytworzone typowe objawy *myxoedema* następnie zupełnie ustąpiły, pomimo że, jak sekcyja wykonana

po posiedzeniu wykazała, nie pozostało nic z gruczołu tarczykowego.

Wymienić jeszcze wypada badania Kaufmana (Alford) nad krążeniem krwi w mięśniach fizyjologicznie czynnych (obniżenie ciśnienia krwi w doprowadzającéj tętnicy, podniesienie ciśnienia w żyle odwodzącéj); demonstracyje Burdon Sandersona i Burcha (Oksford) elektrometru Lipmana i otrzymanych za pomocą niego fotogramów, Jacobiego (Strasburg) urządzenie do badania czucia siły.

Ostatnie posiedzenie popołudniowe wypełniło kilka doświadczeń. Między innemi Waller z Londynu na sobie samym badał za pomocą odpowiednio urządzonego kalorymetru wytwarzanie się ciepła podczas kurczenia się mięśni ręki. Z badań tych okazuje się, że podwyższenie ciepłoty skóry powstaje prawie jedynie wskutek rozszerzenia się naczyń a w minimalnéj tylko części zależy od ciepła wytwarzającego się pod wpływem pracy mięśniowéj, fakt zresztą i bez tych doświadczeń wiadomy. Nadto zauważył także Waller, że podwyższenie ciepłoty jest większe pod wpływem skurczów dowolnych, aniżeli wywołanych podrażnieniem elektrycznem. Nie można pominąć doświadczeń Maresa z Pragi, który demonstrował przyrząd służący do drażnienia nerwów za pomocą prądu powstającego w cewce pod wpływem przesuwania się magnesu.

Z międzynarodowym Zjazdem fizyjologów połączona była wystawa przyrządów wchodzących w zakres fizyjologii eksperymentalnéj. O ile z referatu „*Centratblatt für Physiologie*“, zkąd niniejsze sprawozdanie czerpiemy, wnosić można, ilość wystawionych przedmiotów była nieznaczną, a z przyjemnością podnieść musimy, że Cybulskiego fotohemotachometr, przyrząd służący do oznaczania szybkości krwi w naczyniach, krwionośnych wykonany przez tutejszego mechanika uniwersyteckiego, powszechne wzbudzał zainteresowanie uczestników i zyskał sobie zaszczytne uznanie wszystkich, którzy zastosowanie przyrządu poznali.

Ogólne wrażenie, jakie się według referatu z *Cntralblt. f. Physiolog.* z prac Zjazdu odnosi, nie może nawet mniéj wybrednych zadowolić. Prócz nielicznych wyjątków, między któremi chlubne miejsce zajmują prace pochodzące z jedynéj polskiéj pracowni fizyjologicznéj, ogół odczytów i demonstracyj niewielkie budził zainteresowanie. Szczególnem jest rzec można ostentacyjne wstrzymanie się od udziału w Zjeździe niemal wszystkich znaczniejszych fizyjologów niemieckich, jak Du Bois Reymonda, Pflügera, Heidenhaina i innych. *Dr. A. Beck.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 października. Wydział lekarski w Budapeszcie przedłożył Ministerstwu oświecenia projekt nowego porządku egzaminów lekarskich. Według tego projektu odpaść mają z rzędu przedmiotów egzaminacyjnych mineralogija, zoologija i botanika, natomiast mają wejść jako nowe przedmioty egzaminacyjne ogólna patologija i terapija, ginekologija i jeden z przedmiotów medycyny praktycznéj naprzemian, a mianowicie: psychijatryja, choroby dzieci, dermato i syfilidologija, dentystyka, choroby uszne, nosa i krtani. Egzamin z anatomii opisowéj, fizyjologii, anatomii patologicznéj, patologii i terapii ogólnéj, farmakologii, medycyny wewnętrznéj, chirurgii, okulistyki, położnictwa i ginekologii, medycyny sądowéj i higijeny ma być podwójny: ustny i praktyczny. Celem otrzymania dyplomu doktorskiego potrzeba wykazać się z uczęszczania na jeden z uniwersytetów węgierskich przynajmniéj przez pięć semestrów. Doktorowie posiadający dyplom austryjacki, nie mogący się wykazać z 5 półroczy spędzonych na uniwersytecie węgierskim, winni poddać się nostryfikacyi dyplomu. Nie żąda się jednak służby jednorocznéj w szpitalu przed uzyskaniem prawa do praktyki z przyczyny, że w Budapeszcie niema tylu szpitali, gdzieby młodzi lekarze praktykować mogli.

* Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego w dniu 19 października odbytem: 1) Kol. Obaliński przedstawił chorego, u którego w swoim oddziele szpitalnym wykonał operacyję zaszycia rozszczepionego pęcherza (*ecstrophia vesicae*) nowym przez siebie podanym sposobem, poczem dał pogląd na dotychczasowe metody téj operacyi. 2) Tenże przedstawił chorą po trepanacyi czaszki celem usunięcia odłamków kostnych. W przypadku tym znalazł nieobserwowany dotąd objaw, t. j. jamę w czaszce pomiędzy oponą twardą a istotą korową rozmiarów co najmniéj 3 ch jaj kurzych wypełnioną powietrzem. (Oba powyższe przypadki będą opisane w „Przegl. Lek.“).

W nadzwyczaj żywéj dyskusyi nad oboma przypadkami zabierali głos koll. Rydygier, Obaliński, Gluziński, Pieniążek, Cybulski, Kryński, Paszkowski, Sroczyński, Domański, Wilkosz, Śmiechowski, Kwaśnicki, Buzdygan i Jordan.

Kol. Browicz odczytał motywowane wnioski odnoszące się do wodociągów krakowskich. Sprawę tę ważną z powodu spóźnionéj pory odroczono do osobnego posiedzenia nadzwyczajnego, wyłącznie téj sprawie poświęconego, *które się odbędzie dnia 22 października (Sobota o godz. 6-éj wieczorem).*

* **Warszawa.** Na posiedzeniu Towarzystwa lek. w d. 20 września odbytem, uwieńczono nagrodą z funduszu Dra Kaczorowskiego Dra Dmochowskiego za pracę konkursową „Zbadać pod względem anatomicznym i klinicznym adenoidalne wegetacyje.

Pierwszy śmiertelny przypadek cholery w Warszawie wydarzył się w d. 24 września, mianowicie w szpitalu Dzieciątka Jezus zmarł flisak, przybyły z lubelskiego, śród objawów cholery. Badanie zwłok dokonane przez dziekana Brodowskiego i pros. Przewoskiego, jak również bakteryjologiczne badanie wypróżnień, wykonane przez koll. Świąteckiego, Jakowskiego i Janowskiego stwierdziły, że chory ten zmarł wskutek cholery azyjatyckiéj. Pierwszy zaś przypadek cholery u miejscowéj mieszkanki wydarzył się w nocy z dnia 25 na 26. Mianowicie zachorowała żydówka na Solcu, mieszkająca w pobliżu garkuchni uczęszczanéj przez flisaków, w któréj był też być może i zmarły chory. Pacyjentka znajduje się w szpitalu zapasowym i obecnie (27/IX) ma się już lepiéj. I tu również badania bakteryjologiczne wykryły bakteryje cholery.

Dr. Biernacki, który był w Lublinie, w celu poznania panującéj epidemii i stosowanych tam sanitarnych środków, przywiózł do Warszawy próby wody ze studzień lubelskich. W wodzie téj znaleziono bakteryje cholery. Hodowla płytkowa dała wynik dodatni. Na pochwałę warszawskim organom policyjno-lekarskim zaznaczyć należy, że przedsięwzięto tam wszelkie możliwe środki ochronne na przypadek grożącéj epidemii. Czystość i porządek panuje wzorowy, personal lekarski nie szczędzi poświęcenia zdrowia i sił, aby w stosownéj chwili zapobiedz złemu.

* **Rosyja.** 11 września, w dzień imienin cesarskich, otrzymali ordery następujący lekarze wojskowi: Włodzimierza 4-éj kl.: Ign. Łaski, A. Wiszniewski, Cez. Kossowski, Apol. Sielcki, Wład. Wolski, Ign. Szostakowski. Anny 2-éj kl.: Ern. Kozłowski, Wikt. Domański, Fr. Kuszyński, Fabjan Sołowejczyk, Ferd. Wojkiewicz, Wal. Wiktor Jakubowski, Leon Dworzecki, M. Kulikowski. Anny 3-éj kl.: Ant. Fr. Korniłowicz, Wład. Wietrzykowski, Józ. Hurwicz, Al. Jankowski, Dyon. Moczulski, Ant. Busiński, Fr. Leszczyński i Kazim. Aframowicz. Stanisława 2-éj kl.: Er. Horbacewicz, Abr. Dicksztein, Wład. Zawadzki i Bol. Rodzewicz. Stanisława 3-éj kl.: Konrad Kopernicki (w Chunzachn), Zbigniew Palma (w Ura-Tiubinie), Jan Cybulski, Wit. Raczkowski, Ambr. Klukowski, Daniel Zangołowicz, Kaz. Skudowicz, Dom. Jaworski, Marcin Kielpsz, Stan. Czerski, Marek Marceli Cieszkowski, W. Ratajski, P. Surwiłło, M. Hlasko, Ant. Sadowski, Paweł Kaj. Lewoniewski; — wreszcie Dr. Gełtowski, insp. lek. w Kijowie, został mianowany tajnym radzcą. *Dr. J. T.*

* Badanie bakteryjologiczne wody z Wisły (próba wzięta nieco powyżéj klasztoru na Skalce, powierzchowne warstwy wody, przed ostatniemi deszczami) dokonana przez Dra Stanisława Ponikłę, wydało wynik dodatni. Na płytach 4-go rozcieńczenia odszukał tenże pośród 600—700 innych hodowli, zaledwie 4 hodowle, postacią i zachowaniem się zupełnie hodowlom prątka przecinkowego odpowiadające. Preparaty mikroskopowe z tych hodowli uskutecznione, wykazały vibriony postacią, wielkością i zachowaniem się względem barwików prątkom przecin-

kowym odpowiadające. Kultura żelatynowa kluta cechująca. Reakcyja na czerwień choleryczną bardzo wybitna, również cechujące zachowanie się kultury bulijonowéj. Dalsze badania kontrolujące, przedewszystkiem hodowanie prątków w mleku sterylizowanem itp. w toku. O wyniku tym doniósł Dr. Ponikło Starostwu i Magistratowi m. Krakowa.

* Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Leon Fuchs ze Zbaraża i Walenty Józef Jeż z Dobczyc w Galicyi.

* **Zmarli**: W Paryżu Jan Antoni Villemin, profesor w Val-de-Grâce, licząc lat 65, zasłużony badacz na polu patologii doświadczalnéj. — Dr. Ludwik Winkel, położnik, w 83 roku życia; ojciec profesora monachijskiego Franciszka W. — W Frankfurcie n/M. Dr. Hermann Mayer, prof. anatomii w Zurychu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

KONKURS
111—2—2

Przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie opróżnioną jest posada sekundaryjusza z płacą roczną 400 złr. w. a.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa, — podania przyjmuje Dyrektor tegoż szpitala do dnia 31 października 1892.

Prawdziwy ług borowinowy Kreuznachski

z W. ks. hesskich salin i zdrojowisk Theodorshalle i Karlshalle (od dawien dawna znanych jako „saliny kreuznachskie") wprowadzony w handel jedynie przez nas w stanie płynnym i zgęszczonym (stałym) jako sól kąpielowa. Jako dowód prawdziwości opatrzone są etykiety naczyń kopią naszéj pieczęci urzędowéj. Jedynym zastępcą dla Rosyi, Turcyi, Wschodu i państw Bałkańskich jest firma

Henryk Mattoni w Francensbadzie i w Wiedniu.

113—3—1 Theodorshalle wrzesień 1892 { Gmina Bad Kreuznach Poczta Münster a St. }

WIELKOKS. HESKI URZĄD SALINARNY W THEODORSHALLE.

Kąpiele borowinowe w domu



Wygodne środki do urządzania

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Od wielu lat wypróbowane w: Metritis, Endometritis, Oophorits, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonnoś i do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawnicowych i w celu ułatwienia wessania wypocin.

Henryk Mattoni Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

Nabyć można we wszystkich aptekach, drogeryjach i składach wód mineralnych

W Niemczech nie ulegają wyciągi borowinowe ocleniu.

Paczka { do Niemiec 50 fen. do Austryi 30 cnt. } porto zawiera 4 skrzyneczki po 1 kilo soli borowinowéj. 1—18—14

Oberbrunnen

Woda mineralna znana od r. 1601. Szczególnie skuteczna w chorobach narządów oddechania i żołądka, przy skrofulozie, w cierpieniach nerek i pęcherza, w dnie, krwawnicach i cukrzycy.

Rozsełka książęcych wód mineralnych Obersalzbrunnen:

Furbach et Strieboll 23—20—17

Skład we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych.

Kurort Salzbrunn Schlesien.
Kursaison vom 1. Mai bis Ende September

Dr. E. BRÜHL

63-12-6

ordynuje jak w latach poprzednich od 16 Września r. b. do 10 Maja p. r. w **Meranie**, *Marktgasse 5*, od 15 Maja do 15 Września w **Gleichenbergu**, *Villa Max.*

Andrzéj Saxlehner, Budapeszt, c. i k. dostawca nadw.

»Hunyadi János«

Saxlehnera Woda Gorzka

— Uznana. — Pewna. —

Zalety Saxlehnera wody Hunyadi János

według orzeczenia powag lekarskich:

szybkie, pewne, łagodne działanie.

Nawet po dłuższem stosowaniu znakomicie ją znosi przewód pokarmowy. — Łagodny, przyjemny smak. — Trwałe, jednostajne i nieustające działanie. — Mała dawka.

Celem uchronienia od w błąd wprowadzającego naśladowania należy żądać 5—32—42

»Saxlehnera wody gorzkiéj«.

Wyciąg peptonatu żelazowego Pizzala

(Liquor ferri peptonati Pizzala).

Od 10 lat ogłaszany tylko w rozpowszechnionych pismach, cieszy się preparat ten wysokiem uznaniem i rozległem zastosowaniem w świecie lekarskim, w najszerszych kołach uniwersyteckich i lekarskich w Niemczech. Środek ten stoi na wyżynie naukowéj i przedstawia otrzymane według własnych doświadczeń połączenie chem. żelaza z taką postacią białka, jakiéj jedynie lekarz i fizyjolog używać może: „Albumozy pepton". W bledn1cy, niedokrewności, rekonwalescencyi, chorobach żołądkowych działa szybko i pewnie, nie psuje zębów, ulega łatwo strawieniu i wessaniu nawet w najsłabszym przewodzie pokarm. Odznacza się łagodnym smakiem, przyjemną postacią, znaczną trwałością i taniością, i uznany jako najznakomitszy środek żelazowy, niedościgniony przez żadne naśladowanictwo. — Prospekty z analizami, jakoteż próbki i materyjał do doświadczeń przesyła darmo i opłatnie bezpośrednio fabryka w Lincu n. D.

Polecenia profesorów i znakomitych lekarzy w wielkiéj liczbie. Do nabycia tylko w aptekach. Gwarancyję dają nasze flaszki oryginalne.

Biederta pożywienie dla dzieci

Sztuczna mięszanka śmietankowa dla dzieci z czułym lub chorym przewodem pokarmowym.

Ta mięszanka śmietankowa sztuczna ma podobnie jak podana przez Dra Biederta naturalna mięszanina śmietankowa na celu nie doprowadzać dziecku więcéj białka (kazeiny), niż go może znieść osłabiony i chory narząd pokarmowy, a przecież większą ilość tłuszczu od zawartéj w rozcieńczonem mleku krowiem. Dlatego staje się łatwiéj strawną i pożywniejszą niż odpowiednio rozcieńczone mleko krowie.

Patrz: Jahrbuch f. Kinderheilk. N. F. XI, 2 i 3, str. 117, 1877, Dr. Biedert. N. F. XII. 4, str. 866, 1878, Dr. Biedert. N. F. XVII. 2 i 3, 1881, Dr. Biedert.

Fabrykacyja, która od kilku miesięcy znajduje się w mych rękach, doznała istotnych ulepszeń, które się osobliwie odnoszą do trwałości i szczególnéj czystości preparatu.

Do nabycia tylko w aptekach w puszkach hermetycznych po 60 ct.

94—x—9 **Rud. Pizzala, aptekarz**

FABRIK CHEMISCH.-PHARM. PRÄPARATE

Linz a. d. Donau.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 29 Października 1892. Nr. 44.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „	40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „	20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_8$ „	6 „

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego.

O działaniu leczniczem benzosolu w moczówce cukrowéj.

Podał
Dr. Maryjan Piątkowski,
b. asystent kat. fizyjologii, obecnie elew kliniki lekarskiéj.

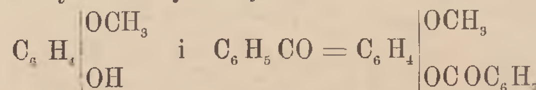
(Przedstawione na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 4 maja 1892).

Oddawna używano kreozotu najczęściéj w postaci wody kreozotowéj przeciwko rozmaitym sprawom fermentacyjnym a przedewszystkiem przeciw pewnym chorobom przewodu pokarmowego. Metodyczne używanie tego leku na większą skalę i to w chorobach wewnętrznych datuje się od roku 1877, gdy Bouchard i Gimbert (1878) zalecili ten środek jako bardzo skuteczny w suchotach płucnych a spostrzeżenia ich potwierdzili Hugues, Bravet, Reuss (1879), Fraentzel (1879), Winckler (1881) i Pick (1883). Odtąd zyskiwał kreozot co raz więcéj zwolenników, tak przy używaniu wewnętrznem, jakoteż w postaci lewatyw, wziewań, wstrzykiwań podskórnych a nawet wstrzykiwań miąższowych, a liczba zwolenników tego środka, którzy spostrzeżenia swe podali do wiadomości publicznej, jest bardzo znaczną. Kreozot zapanował ogólnie jako jedyny prawie środek wewnętrzny skuteczny przeciwko suchotom. Do rozpowszechnienia go osobliwie w Niemczech najwięcéj przyczynił się Sommerbrodt późniejszemi swemi publikacyjami a ma on jeszcze i tę zasługę, że zachęcił do używania bardzo wielkich dawek dziennych tego leku.

Ponieważ kreozot nie jest czystem połączeniem chemicznem, jego skład jest bardzo zmiennym a nadto zawiera w sobie składniki bądź dla leczenia obojętne, bądź też nawet wprost na ustrój ujemnie działające, przeto starano się zastąpić go gwajakolem, który stanowi właściwą istotę leczniczą w kreozocie zawartą. Pierwsze polecenie gwajakolu wyszło od Sahlego w roku 1887 a przetwór ten zyskał rychło licznych zwolenników, którzy go stosowali wewnętrznie bądź w roztworze wyskokowym, z oliwą lub tranem, bądź w pigułkach lub kapsułkach.

Ponieważ jednak i gwajakol fabryczny nie jest przetworem jednolitego składu chemicznego, a nadto tak samo jak kreozot w niektórych przypadkach psuje trawienie, zresztą chorzy czują niekiedy nieprzezwyciężoną odrazę do tego leku, przeto w dalszym ciągu usiłowań do otrzymania również skutecznego środka, któryby jednak posiadał skład chemiczny stały i pewny, wprowadzono w użycie lekarskie kilka nowych przetworów, jak węglan, salicylan, styracylan gwajakolowy i połączenie gwajakolu z kwasem będźwinowym, Benzoyl, Guajakol czyli Benzosol.

Przetwór ten ostatni wytworzony chemicznie przez Sahlego i Bongartra aptekarza w Akwisgranie a wyrabiany w fabryce Meister Lucius et Bruning w Höchst jest stałem połączeniem chemicznem, które należy do grupy salolów i jest gwajakolem, w którym jeden atom wodu w grupie hydroksylu zastąpiony jest przez kwas będźwinowy i ztąd pochodzi jego nazwa Benzoylorthooxyamisol czyli Benzosol czyli Benzoyl-Guajacol



$$C_6H_4\left|\begin{matrix}OCH_3\\OH\end{matrix}\right. \quad i \quad C_6H_5CO = C_6H_4\left|\begin{matrix}OCH_3\\OCOC_6H_5\end{matrix}\right.$$

Benzosol w stanie czystym jestto proszek bezbarwny bez woni i smaku, we wodzie nierozpuszczalny, rozpuszcza się łatwo w chloroformie, eterze i gorącym alkoholu, trudno w gorącym kwasie octowym. Przetwór ten w żołądku prawie nie ulega zmianie, dopiero w jelitach rozkłada się na kwas będźwinowy i gwajakol, jakto wykazały badania w pracowni Nenckiego.

Z ustroju wydziela się jako kwas będźwinowy lub hipurowy i gwajakol. Jednemu gramowi kreozotu odpowiada mniéj lub więcéj 0·8 gr. gwajakolu a 1·6 gr. benzosolu. Pierwszy, który zalecił benzosol przeciw gruźlicy, był Sahli (*Corespondenzblatt f. Schweizer Aerzte* 1890 Nr 16) a za nim

poszli Walzer i Hughes (*Deutsche med. Wochenschrift* 1891 Nr 45 i Nr 53), zachwalając pomyślne skutki z używania tego leku w gruźlicy.

Pomiędzy bardzo licznemi środkami zalecanemi przeciwko moczówce cukrowéj napotykamy także i kreozot. I tak już Berndt, Hufeland, Corneliani i inni zalecają kreozot w tem mniemaniu, że przyczynę moczówki cukrowéj są jakieś sprawy fermentacyjne, toczące się w ustroju a przedewszystkiem w przewodzie pokarmowym. W czasach późniejszych, gdy nieuchwytne pojęcie spraw fermentacyjnych zastąpiono więcéj naukowemi jak wytwarzanie się w pewnych przynajmniéj postaciach moczówki, cukru w wątrobie pod wpływem enzymów, kreozot z ujemnym skutkiem używany przez Pronta, Griesingera i J. Vogla ustąpił miejsca innym lekom a między innemi fenolowi i kwasowi salicylowemu. Mimo to i w najnowszych czasach pojawiają się doniesienia o skuteczności kreozotu w téj chorobie, ze tu tylko wymienimy Valentiniego (*Algem. med. Central.* 1889), który twierdzi, że pod wpływem tego leku cukier z moczu nawet zupełnie ustąpić musi.

W chorobie takiéj jak moczówka cukrowa, w któréj wszystkie dotychczas używane środki nie szczycą się działaniem pewnem i nie mają dotąd ściśle określonego zakresu wskazań, doświadczenie skuteczności nowych leków jest w zupełności usprawiedliwione.

To też w dalszym ciągu doświadczeń przedsiębranych w klinice lekarskiéj krakowskiéj w roku 1877 a ogłoszonych przez Dra J. K. Wiktora (Medycyna 1877) zaczęto w tym roku doświadczać działania benzosolu, który jako lek pochodni gwajakolu działać może podobnie jak dawniéj używany kreozot. Lubo doświadczenia te ograniczają się dotąd do 8 przypadków w części w klinice stałéj, częścią ambulatoryjnie leczonych, przecież wnosząc, że już dotychczasowe wyniki są dodatne, sądzę, że ogłoszenie ich będzie na czasie.

W doświadczeniach tych trzymano się tego sposobu postępowania, że śledzono co najmniéj co drugi dzień przebieg choroby a w szczególności zachowanie się moczu, przed podaniem benzosolu przy dyjecie mięszanéj, potem zalecono dyjetę mięsną (z wyjątkiem kilku przypadków, o których poniżéj będzie mowa, gdzie dyjety téj nie można było ściśle przeprowadzić), dopiero po téj wstępnéj obserwacyi, wśród któréj chorzy żadnego leku nie zażywali, zaczęto podawać benzosol przy dyjecie mięsnéj a w niektórych przy mięszanéj. Po zaprzestaniu benzosolu obserwowano jeszcze jakiś czas tych chorych a niekiedy żywiono na próbę pokarmami mięszanemi, aby się przekonać, czy i jak długo wśród tych warunków utrzymuje się nadal korzystne działanie benzosolu.

Ilość cukru gronowego w moczu, tak bez podawania benzosolu przy dyjecie mięszanéj i czysto mięsnéj, jakoteż przy stosowaniu tegoż środka, oznaczano drogą chemiczną, miareczkując zawsze dokładnie przyrządzonym i świeżym płynem Fehlinga. Dla dokładności strącałem przed rozpoczęciem oznaczenia ilościowego ile możności wszelkie istoty organiczne, dające podobne oddziaływanie z wodnikiem miedziowym w moczu co i cukier, dodatkowo zaś dla kontroli obliczałem przyrządem polaryzacyjnym Soleil-Ventzkego. Nawiasowo wypada mi nadmienić, iż próba Trommerowska, zastosowana do oznaczeń ilościowych cukru w postaci płynu Fehlinga daje, choć to niektórzy autorowie zaprzeczają, przecież względnie najpewniejsze wyniki a małe ilości cukru gronowego tylko tą drogą jeszcze najpewniéj oznaczyć można, jeżeli poprzednio usunie się z moczu wszystkie inne podobnie odtleniające ciała. Ilość nie odtlenionego przez cukier gronowy wodnika miedziowego kontrolowałem bibułą zamaczaną w rozczynie żelasinku potasowego zakwaszonym kwasem octowym.

Najmniejszy ślad wodnika miedziowego, zawartego w danym rozczynie moczu można wykryć, przytknąwszy do bibuły pręcik szklanny zamaczany w płynie badanym; na niej bowiem w miejscu dotknięcia tworzy się zabarwienie jasno-różowe dochodzące do barwy ciemno-cisawéj, skoro wodnik miedziowy w większéj ilości jest zawartym. Badanie uważałem za skończone, gdy raz nie otrzymałem plamy na bibule po puszczeniu na nią kropli mieszaniny złożonéj z płynu Fehlinga i dolewanego moczu, powtóre, gdy mieszanina powyższa po zagotowaniu w próbierce ze świeżą ilością płynu Fehlinga nie ukazywała najmniejszego śladu odtlenienia wodnika miedziowego.

Ponieważ oznaczenie ilości cukru przez dość często powtarzające się tego rodzaju próby, mogło być niedokładne, przeto ponawiałem jeszcze raz całe oznaczenie, wiedząc już w przybliżeniu, ile rozcieńczonego moczu mam dodać, a w razie lekkiego różowego zabarwienia bibuły dolewałem ostrożnie moczu o tyle, aby po zagotowaniu i przesączeniu ślad barwy różowéj na bibule znikł zupełnie. W razie bardzo delikatnego osadu, który przy sączeniu przez pory bibuły przechodził i przesącz mętnym czynił, parę kropli rozczynu chlorku wapna dolanych do cieczy dawały przesącz zupełnie czysty.

W przypadku I. u S. G. kantyniarza, liczącego lat 50, u którego choroba była w pełnym rozwoju a nerwobóle, zapalenia pojedynczych pni nerwowych; zwiększone pragnienie i ciągłe uczucie głodu przy podupadłem odżywieniu bardzo choremu dokuczały; badanie moczu bez benzosolu przy dyjecie mięszanéj i mięsnéj, wreszcie przy podawaniu tego leku i dyjecie mięsnéj dało następujące wyniki:

(Patrz tablicę na nast. str.)

W uzupełnieniu dodać winienem, iż mocz oddziaływał zawsze kwaśno, był barwy żółtéj, nieco mętny, bez białka, ze śladem acetonu, chlorki prawidłowe, mocznik zwiększony.

Jak z powyższéj tablicy wynika, przy dyjecie mięszanéj bez podawania benzosolu, ilość moczu wahała się od 1456 ctm. sz. do 3000, ciężar gatunkowy od 1·031 do 1·037 a odsetek cukru od 5·435% do 14·900%.

Wśród dyjety mięsnéj z podawaniem sakcharyny waha się ilość moczu między 2230 a 3080 ctm. sz., ciężar gatunkowy między 1·032 a 1·035, odsetek cukru między 5·317 a 9·090%.

Przy używaniu dyjety mięsnéj i zażywaniu benzosolu opada po 3 tygodniowem niemal leczeniu, t. j. po wyżyciu 57 gr. benzosolu ciężar gatunkowy do 1·025, ilość moczu do 1720 ctm. sz. odsetek do 0·01%.

Przybył więc chory do kliniki tracąc na dobę od 78 do 327 gr. cukru gronowego, opuścił ją zaś wydzielając na 24 godzin tylko 0·172 gr. Po 2 przeszło miesiącach, t. j. od 3 marca do 9 maja, choć nie zażywał benzosolu, mimo dyjety mięszanéj, odsetek cukru podniósł się tylko do 0·10%. Ciężar ciała okazał przybytek 700 gr.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dnia	C. g.	Ilość moczu	% cukru	Ilość cukru na dobę w gr.	Dyjeta	Leczenie
28/I	1·035	2040	6·024	122·890	mięszana	bez leku
29	1·034	1456	5·435	78 587		
31	1·037	2015	6·756	136·150		
1/II	1·031	2300	6 250	143·750		
2	1·035	3000	8 063	241·935		
3	1·034	2360	14 900	327·780		
4/II	1 034	2420	9·090	220 000	m i ę s n a	bez leku
5	1·035	2230	6·250	139·375		
6	1·034	3080	8 334	256·670		
7	1 035	2300	6·670	153·334		
8	1 032	2350	5 317	110 450		
9	1·034	2500	7·143	178·571		
10/II	1·032	1610	4 464	72·522		Benzosol 3 razy po 0 5 grm. nadto salipyrin 3 r. po 0·50 gr.
11	1·033	2020	5·000	101·000		
12	1·033	2130	4·536	96·818		
13	1·032	2200	5 555	122·222		
14	1·031	2140	4·761	101·902		
15	1·031	2150	3·846	86·538		
16	1 030	2370	3 ·333	79 000		
17	1 029	1780	2·631	46·842		Benzosol 3 r. dz. po 1 grm
18	1 030	1850	2·272	42 045		
19	1·029	1550	0·666	10 333		
20	1 027	2060	0·125	2·641		
21/II	1 028	2060	0·012	0·225		Przeciw nerwobólom wstrzykiwano rozczyn antipyrini podskórnie w okol. n. kulszowego
22	1·027	2100	0·007	0 154		
23	1·027	1900	0·007	0·135		
24	1·027	2410	0 005	0·120		
25	1·027	2150	0 004	0·097		
26	1 027	2550	0·007	1·821		
27	1·027	2200	0 006	1 447		
28	1·028	2250	0·166	3·749		
1/III	1·028	2100	0 108	2·282		
2	1 027	1700	0 058	0·988		
3/III	1 025	1720	0·010	0·172	mię-szana	
9/V	1·027		0 100			

II. Mleko wapienne jako środek desinfekcyjny.

Podał

Prof. N. Cybulski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

O ile wnosić mogę z dostępnéj mi literatury ostatnich kilku lat, pierwsze a zarazem prawie jedyne badania w tym względzie zawdzięczamy p. Pfuhlowi (*Centralblatt für die Hygiene* zeszyt 6 i 7). Autor ten biorąc za punkt wyjścia spostrzeżenia panów Liboriusa i Kitasaty, że dodanie nawet bardzo małych ilości wodnika wapniowego do pożywki wstrzymuje rozwój bakteryj cholerycznych i tyfusowych, a niekiedy nawet zupełnie je niszczy, wykonał szereg doświadczeń, na podstawie których przyszedł do wniosku, że wodnik wapniowy szczególnie w postaci mleka wapiennego już w ilości 2% domięszany do wypróżnień chorych tyfusowych lub cholerycznych lub do kultur bakteryj tyfusowych lub cholerycznych, w ciągu kilku godzin zabija zupełnie odnośne bakteryje. W doświadczeniach tych autor wyłącznie się ograniczył do badania działania mleka wapiennego tylko na bakteryje tyfusowe i choleryczne. Ażeby nie mieć kłopotu z innemi gatunkami bakteryj wypróżnień tyfusowych lub cholerycznych chorych, poddawał je naprzód sterylizacyi przez kilka dni a następnie ponownie zakażał cholerycznemi lub tyfusowemi bakteryjami i dopiero na wypróżnienia w ten sposób zakażone działał mlekiem wapiennem. W sporządzaniu mleka wapiennego sam autor postępował z wielką ostrożności i zwraca uwagę, że chcąc mieć do czynienia z czystym wodnikiem wapniowym, należy używać tylko wody przegotowanéj i przekroplonéj, woda studzienna bowiem zawiera znaczną ilość CO_2 i soli, które mogą zobojętniać wodnik wapniowy. Doświadczenia powyższe pozwoliły autorowi wyciągnąć z nich ten praktyczny wniosek, że mleko wapienne, zawierające 20% chociażby zwykłego wapna, może służyć do desinfekcyi wypróżnień cholerycznych lub tyfusowych chorych; zaznacza jednakże przytem najzupełniéj dobitnie, że dolane mleko musi być jak najdokładniej zmięszane z wypróżnieniem i ilość jego musi być taką, ażeby mięszanina przynajmniéj przez kilka godzin (do 3) zachowała oddziaływanie alkaliczne. Silne alkaliczne oddziaływanie mięszaniny, jak również dokładne wymięszanie z wydzielinami uważa za warunek konieczny i dlatego zaleca podczas desinfekcyi badać oddziaływanie za pomocą papierków lakmusowych.

W roku 1890 podobne doświadczenie przeprowadził także p. Giaxa z wynikami mniéj lub więcéj temi samemi co do bakteryj cholerycznych i tyfusowych; wykazuje on jednakże dobitnie, że inne rodzaje bakteryj chorobotwórczych a w szczególności zarodniki, n. p. prątków wąglika, bynajmniéj nie ulegają działaniu wodnika wapniowego, gdyż nawet po dwukrotnem mazaniu ściany na któréj się owe bakteryje znajdowały i po upływie 48 godzin, nie traciły zupełnie swojéj żywotności. W końcu swojéj pracy p. Giaxa, podobnie jak i Pfuhl, wnosi, że mleko wapienne można jednakże polecać jako środek desinfekcyjny, jakkolwiek działanie jego ogranicza się wyłącznie tylko do bakteryj tyfusowych i cholerycznych.

P. Burdoni Uffreduzzi podając referat z pracy p. Giaxy (*Jahresbericht*, Baumgarten, 1890), zaopatruje go następującą uwagą: „Wniosek p. Giaxy z powyższych doświadczeń jest zdaniem mojem nieuzasadniony, gdyż autor w swoich doświadczeniach badał tylko powierzchowne warstwy ścian wapnem pomazanych, podczas gdy pod dolnemi warstwami zaschłego wapna laseczniki mogły pozostawać w stanie zdolnym do życia: jestto fakt, który ja sam na podstawie własnych doświadczeń stwierdzić mogłem, a który także obserwował p. Gerloscy w r. 1889“.

Wobec powyższéj uwagi doświadczenia p. Pfuhla jakoteż i p. Giaxy pozwalały uznać mleko wapienne co najwięcéj za środek, który tylko w pewnych specyjalnych przypadkach z korzyścią mógłby być stosowany, mianowicie w tych, gdzie chodzi o odrażanie bądź wypróżnień chorych tyfusowych lub cholerycznych w naczyniach, bądź latryn, jeżeli istnieje możność dokładnego zmięszania zawartości tych ostatnich z mlekiem wapiennem. Oto są jedyne naukowe podstawy, które mogłem znaleźć dla uzasadnienia stosowania mleka wapiennego.

Jednakże potrzeba znaczniejszéj ilości środków desinfekcyjnych w miarę jak epidemija zajmowała coraz większe obszary, zmusiła rozmaite „komisyje choleryczne“ posunąć się o wiele daléj, aniżeli upoważniały doświadczenia, które powinny były być podstawą; bez motywowania uznano ten środek jako pierwszorzędny w walce z cholerą i polecono go do desinfekcyi ustępów, rynsztoków, placów itp. W tym przypadku zapomniano oczywiście o zasadzie, która winna być obowiązującą wobec zastosowania wszelkich wyników

eksperymentalnych do praktyki, a mianowicie, że zastosowanie takie o tyle tylko jest uzasadnionem, o ile się odbywa w warunkach, wśród których były wykonane same doświadczenia, oraz że zawsze warunki odmienne muszą być przedmiotem nowych doświadczeń. Oczywiście, że wobec tak groźnego nieprzyjaciela, jakim jest epidemija choleryczna, postępowanie podobne było niezupełnie odpowiedne i niewątpliwie pociągnęłoby za sobą złe następstwa, gdyby nie pewien konserwatyzm, skutkiem którego, gdzie tylko epidemija przybierała, lub groziła przybraniem szerszych rozmiarów, w téj chwili porzucano zabawę z wapnem, a brano się do odrażania karbolem, sublimatem, parą itp. W saméj rzeczy w doświadczeniach Pfuhla i Giaxy, a zwłaszcza w doświadczeniach tego pierwszego, mleko wapienne było używane tylko w przestrzeni zamkniętéj lub przynajmniéj ograniczonéj i stosunkowo w wielkiéj ilości a nadto uskuteczniano dokładne mięszanie z treścią zawierającą zarazki. Tymczasem desinfekcyja, którą zaczęto praktykować naprzykład w naszem mieście, a słyszałem, że tak samo zastosowują ją w Warszawie, odbywa się zupełnie w innych warunkach: tu mleko wapienne zostaje wylewane na otwartem powietrzu wprost do rynsztoku i cienką warstwą przykrywa znajdujące się tu warstwy ziemi lub błota. Oczywiście, że ta nieznaczna ilość wodnika wapniowego, która się rozpuszcza w wodzie, i jego alkaliczne własności, od których zależy prawdopodobnie wpływ na bakteryje, mogą być bardzo szybko zobojętnione działaniem kwasu węglowego powietrza i ziemi, oraz działaniem węglanów i siarkanów, które szczególnie w błocie miejskiem w wielkiéj ilości się znajdują. Nadto płynna część mleka wapiennego wskutek przepuszczalności gruntu bardzo szybko zostaje wessana, a pozostały na powierzchni nierozpuszczony wodnik wapniowy żadnego działania wywierać nie może, tem mniéj, że po upływie bardzo krótkiego czasu zmienia się całkowicie w węglan wapniowy. Polewanie więc mlekiem wapiennem rynsztoków i innych zanieczyszczonych miejsc równa się w rzeczywistości posypywaniu tych miejsc drobnym proszkiem kredy, która, jak wiadomo, dla wszystkich niższych ustrojów jest czynnikiem zupełnie obojętnym.

Dopóki powyższe zastosowanie mleka wapiennego ma miejsce w miastach, w których epidemija jeszcze się nie rozszerzyła, tj. ma ono służyć do odwaniania raczéj niż do desinfekcyi, szkoda nie jest wielka i wpływ téj manipulacyi prowadzi tylko do tego, że z wodnika wapniowego już na drugi dzień wytwarza się wskutek domieszek organicznych części zwykle błoto, które wypełnia wszelkie zagłębienia w rynsztokach i jeszcze bardziéj je zanieczyszcza. Czynność ta jednakże może się stać szkodliwą z chwilą, gdy zarazek epidemiczny zjawi się rzeczywiście w gruncie danéj miejscowości; wtedy błoto utworzone z węglanu wapniowego wskutek swoich słabych alkalicznych własności może się stać bardzo dobrą pożywką dla bakteryj np. cholerycznych i dać wynik bynajmniéj nie pożądany. (Dok. nast.)

III. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

3. Karol G., lat 1½, przyjęty 3 marca 1879. Wywiadów nie ma żadnych.

St. pr. Postać czaszki gruszkowata, w czole wązka ku tyłowi się rozszerzająca, przerost gruczołów karkowych, złe odżywienie. Stłumienie odgłosu wypukowego po nad szczytem płuca prawego, oddech tamże chuchający. Brzuch wzdęty, przy dotyku bolesny. Rozwolnienie, stan bezgorączkowy.

4/III. Kilkakrotne drgawki, po których wraca stan poprzedni i dziecię okazuje tylko objawy nieżytu jelit i zajęcia płuc.

5/III. Bezprzytomność po drgawkach, oczy wysadzone, *nystagmus*, chwilami zez zbieżny, źrenice niejednostajnie rozszerzone, reakcyja bardzo powolna, lewa połowa twarzy paretyczna. Wykrzykiwania, oddech przyspieszony, sapiący: ciepłota wieczorna 36.8.

6. i 7. stan takiż sam, śpiączka przerywana jeszcze atakami drgawek lub naglem wstrząśnieniem się i jękiem; ciepłota 38.0, tętno nieregularne, słabe, brzuch się zapada. Badanie wziernikowe oka wykazało tylko przekrwienie obu siatkówek głównie zaś lewej, pod względem gruzełków rezultat ujemny. W obu płucach objawy zapalenia ogniskowego.

8 marca o godz. 10½ przy ciepłocie 37.0 umarł.

Sekcyja wykonana 10 marca wykazała: *Degeneratio caseosa gland. bronch. sbsq. tuberculosi acuta miliari meningum c. hydroceph. acuto interno. Pleuritis dextra, pneumonia catarrh. lobul. bilateralis, degeneratio caseosa gland. mesaraicarum.*

„Opona miękka górnej powierzchni mózgu w ograniczonem miejscu „*vermis*“ naciekła wypociną blado-żółtawą, ćmawa, pokryta w tem miejscu również jak *tela chorioides* w swym tylnym odcinku licznemi guzkami drobnemi, wielkości ziarna maku, szarawemi na wpół przeświecającemi. Zresztą opony cienkie, naczynia krwionośne żywo czerwono drzewkowato nastrzykane.

4. Władysław W., lat 2, przyjęty 9 kwietnia 1879. Na czaszce i kościach długich objawy krzywicy, złe odżywienie, liczne ropnie i czyraki na głowie, plecach i udach, gruczoły karkowe i podszczękowe obrzękłe, wypuk stłumiony nad szczytem płuca lewego, liczne furczenia i rzężenia. Brzuch znacznie wzdęty, śledziona wystaje z poza łuku żebrowego i jest zbitą. Rozwolnienie. Ciepłota prawidłowa. Rozwolnienie trwało mimo podawanych leków aż do 16 kwietnia, potem powróciło 24go w takiem samem nasileniu i utrzymywało się nadal, stolce cuchnące.

30. kwietnia wymioty.

1., 2. i 3. maja powtarzają się wymioty, brak apetytu, kaszel coraz mocniejszy.

4 ospałość, śpi z otwartemi powiekami, twarz się mieni, blednie i czerwienieje.

5. od 24 godzin stolca nie było, wymioty również ustały, ciepłota ranna 36.0, tętno przepuszczające, nieregularne; popołudniu napad kilkuminutowy drgawek ogólnych.

6. stan ten sam, tylko drgawki się nie powtórzyły; pokarmów nie przyjmuje, c. 36.7.

7 c. r. 37.8. W ciągu dnia kilkanaście razy drgawki, brzuch zapada się nieckowato, plamy Trousseaua bardzo wybitne.

8 c. r. 38.5; twarz czerwona, fałd nosowo-wargowy lewy wygładzony, źrenice wąskie, drgawki ciągłe.

9 c. 37.0, stan ten sam.

10 c. r. 37.8, stan tężcowy, oddech Cheyne Stokesa, o godz. 10½ rano umarł.

Sekcyja wykonana 12 maja wykazała: *Degeneratio caseosa exquisita glandularum bronchialium sbsq. peribronchitide caseosa sin. (caverna lobi superioris in parte anteriore inferior.), pneumonia lobularis bilateral. disseminata et meningitide tuberculosa acuta c. hydrocephalo interno recenti. Catarrhus chronicus intestini tenuis.*

5. Jan B., lat 8, przyjęty 19 kwietnia 1879. Pochodzi z rodziny gruźliczej, stracił dwóch braci na zapalenie opon mózgowych. Przed dwoma tygodniami zapaść miał na gorączkę z typem przepuszczającym. W dniu wczorajszym nagle dostał wymiotów, utracił przytomność, miał napad drgawek,

po których nastąpił ten stan, w jakim go do szpitala przywieziono.

St. pr. Dobrze odżywiony, kościec prawidłowy, gruczoły karkowe drobne, zbite. Lewa połowa twarzy wygładzona, rysy zatarte, gałki ócz skierowane nieruchomo ku górze, źrenice jednostajnie rozszerzone nie oddziaływają prawie zupełnie na światło; kończyna górna lewa zupełnie porażona, czucie zniesione, kończyna lewa dolna również porażona, czucie jednak jeszcze utrzymane, choć oddziaływanie na bodźce występuje bardzo opieszale. Przytłumiony odgłos wypukowy po nad szczytami obu płuc, szmer oddechowy chuchający z licznemi rzężeniami tamże, wymiary serca prawidłowe, tony czyste. Brzuch miernie wysklepiony, śledziona macalna.

Ciepłota prawidłowa, wymioty częste, zaparcie stolca, bezprzytomność najzupełniejsza. Stan taki trwał aż do 23 kwietnia, w dniu tym po kilku wypróżnieniach odzyskał nieco przytomność i rozglądał się ze świadomością, ku wieczorowi jednak wystąpił gwałtowny napad drgawek miotających szczególnie prawą połową ciała, podczas gdy porażone kończyny lewe okazywały tylko silne drżenie. Drgawki ustały dopiero po północy.

24. Ciepłota dalej prawidłowa, zapad, tętno nikłe, oddech przyspieszony, nieregularny, charczący; o godz. $12^1/_2$ po południu śmierć.

Sekcyja wykonana 26 kwietnia wykazała: *Leptomeningitis tuberculosa ac hydrocephalus internus acutus insignis Tumores tuberculosi caseosi corticis hemispherae dextrae (convexitatis) cerebri et cerebelli sinistri. Peribronchitis caseosa bilateralis, caverna lobi superioris dextri sbsq. tuberculosi miliari acuta pleurae utriusque. Tuberculosis peritonei visceralis cum degeneratione caseosa et peritonitide adhaesiva. Infiltratio adiposa hepatis, renum, Tumor lienis, degeneratio caseosa glandul. mesaraicarum, Endocarditis vegetans chronica valvularum.*

6. Maryjanna Krokoszówna lat $6^1/_2$ przyjęta 13 czerwca 1879. Cierpienie trwa od dwóch tygodni i rozpoczęło się utratą humoru, znużeniem łatwo występującem, bolem głowy, posępnością i ospałością. Przed tygodniem wymioty, które utrzymywały się przez 3 dni i połączone były z zaparciem stolca. Przed 2 dniami drgawki ogólne, trwające dłuższy okres czasu, po których nastąpiło ubezwładnienie członków.

Odżywienie mierne, kościec prawidłowy, cera brudno ziemista, gruczoły karkowe liczne, drobne, zbite. W obu płucach objawy nieżytu, wymiary serca prawidłowe, tony czyste; tętno pełne, lecz nieregularne, średnio uderzeń 64. Brzuch nieckowato zaklęśnięty, śledziona ledwo macalna. Ciepłota 37.6; chora nieprzytomna, opadnięcie lewej powieki górnej, rozszerzenie znaczne źrenic niejednostajne, po stronie lewej większe, fałd nosowo wargowy lewy wyraźnie zarysowany, prawy wygładzony. Prawa kończyna górna niedowładna i bez czucia, na lewej ruchy i czucie zachowane. Ruchy kończyn dolnych zachowane, odruchy zwiększone.

14. czerwca c. r. 37 2 c. w. 37.4. Kilkakrotne napady drgawek lewej połowy ciała.

15. c. r. 38.0 c. w. 37.4 znacznego stopnia *opisthotonus*, zniesienie czucia na kończynach po stronie lewej. Drgawki jeszcze się powtarzają.

16. c. r. 36.7, ton oddechowy Cheyne-Stokesa, tętno niewymacalne, o godz. $9^1/_2$ rano śmierć.

Sekcyja wykonana 17 czerwca: *Leptomeningitis basilaris nec non convexitatis cerebri tuberculosa subsecuta degeneratione tubercul. glandularum bronchialium et mediastini anterioris caseosa. Tuberculosis acuta miliaris pulmonum et pleurae, tumor lienis malaricus, hyperplasia gland. mesaraic. insignis.*

7. Jan Woźniak, lat 6, przyjęty 14 czerwca 1879. Rodzice mają być zdrowi, siostra zmarła na zapalenie opon (*Hydrocephalus acutus*). Sam chory przed rokiem zaczął pokaszliwać, po kilku miesiącach zapadł na krztusiec o bardzo ciężkim przebiegu.

Źle odżywiony, cera blada, skóra sucha, cienka, łuszczącym się przyskórkiem pokryta, gruczoły na szyi dość znacznie obrzękłe; mięśnie twarzy po stronie lewéj całkowicie porażone, rysy zamazane odbijają bardzo wybitnie od połowy twarzy prawéj, usta ku stronie prawéj przekrzywione, górna powieka oka lewego nie domyka. skrzydło nosowe zapadłe. Ropotok z przewodu słuchowego lewego, okolica wyrostka sutkowego nieco obrzękła i przy ucisku bolesna. Przy wystawianiu języka nie widać zboczenia ani ku stronie prawéj ani ku lewéj, podniebienie miękkie prawidłowe. Odgłos wypukowy po nad szczytami płuc przytłumiony, szmer oddechowy chuchający, w narządzie krążenia zmian nie ma, śledziona macalna. Chory niespokojny, rozżalony, ustawicznie uskarżający się, ciepłota wieczorna 37·8.

15. Chory wciąż niespokojny, drzemie często, lecz zrywa się z krzykiem, żali się na kól głowy; stolec zatrzymany.

Przez dni następne stan taki sam się utrzymuje, ciepłota ranna wynosi 37.2 do 37.9, podczas gdy wieczorna 38.8—39.6. Badanie stwierdza posuwanie się nacieku w płucach. Chory coraz więcéj rozdrażniony, to płacze, to krzyczy przeraźliwie, trzymając się za głowę i nic spać nie może. Stan porażenny na twarzy się nie zmienił, słuch przytępiony bardzo znacznie, spojówki nastrzykane. Zachowanie zresztą chorego świadczy o pewnego stopnia ogłupieniu, przesiaduje zazwyczaj na złożonych u główk łóżka poduszkach, oparty o ścianę a niezadowolenie swoje objawia przeraźliwym wrzaskiem i kąsaniem.

25. czerwca pojawia się rozwolnienie, ciepłota wynosi 36.4, tętno wolne, nieregularne, źrenice obydwie rozszerzone; po kilku dniach ciepłota znów się wzmaga, a stan ogólny nie zmieniony.

2 lipca wymioty kilkakrotne, przytomność nie pewna, śpiączka, w miejsce rozdrażnienia apatyja. Wymioty się powtarzały, zapad coraz wiekszy, zupełna nieprzytomność aż do 10 lipca, w którym to dniu o godz. $8^1/_2$ rano umarł.

Wobec wywiadów świadczących o zmarciu siostry chorego na *Hydrocephalus acutus* i wobec stwierdzonego nacieku gruźliczego w płucach zmuszeni byliśmy tłomaczyć sobie objawy ze strony ruchowéj, czuciowéj i psychicznéj u naszego chorego, jakoto drażliwość, niepokój a potem apatyję i śpiączkę, ogłupienie, wymioty, zaparcie stolca, zmiany w tętnie i porażenie twarzy zajęciem opon mózgowych względnie istoty mózgowéj i przypuszczaliśmy pierwotne powstawanie guza gruźliczego z następowem rozsianiem gruczołków na oponach. Wynik śmiertelny przyspieszony wskutek znacznych zmian w płucach stał na przeszkodzie rozwinięciu się wybitniejszych objawów ogniskowych. Pierwotnie przypuszczaliśmy także przesunięcie się zapalenia przewodu słuchowego na komórki wyrostka sutkowego i w ciągu dalszym na opony, dokładniejsze badanie zaś tę ewentualność usunęło, co też sekcyja stwierdziła, gdyż po przepiłowaniu kości skalistéj i wyrostka sutkowego żadnych zboczeń tamże nie wykryto.

Rozpoznanie nasze jednakowoż w przypadku tym było mylnem, gdyż sekcyja wykonana 11 lipca wykazała: *Degeneratio gandularum lymphaticarum colli et mesaraicarum caseosa sbsq. peribronchitide caseosa bilaterali, pleuritide obsoleta bilaterali caseosa partim tuberculosa, ulceribus tuberculosis ibi et coeci nec non tuberculosi peritonaei. Infiltratio adiposa hepatis, tumor lienis.*

Analogiczny przypadek przebiegający śród objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego opisał Hensch, tłumacząc objawy te przekrwieniem opon i nieznacznego stopnia przesiękiem, *oedema*, powstałem wskutek obniżenia czynności serca w przebiegu ogólnéj gruźlicy ostréj i zaburzeń w krążeniu płucowem.

8. Tekla Zmorzonka, lat $1^1/_2$, przyjęta 9 lipca 1879. Przed 6 tygodniami miała przebyć dur, obecna choroba rozpoczęła się przed tygodniem nagłą zmianą usposobienia, niepokojem, zgrzytaniem zębów, targaniem włosów, gryzieniem otoczenia, zaparciem stolca a wreszcie wymiotami.

Budowa kośćca prawidłowa, odżywienie dość dobre, gruczoły karkowe macalne, drobne, zbite a liczne, w okolicy podszczękowéj lewéj dość znaczna blizna promienista po zro-

pieniu gruczołów. W płucach objawy nieżytu, serce prawidłowe, brzuch zaklęśnięty nieco, ciastowaty, śledziona ledwo macalna. Wyraz twarzy ponury, groźny, mięśnie czołowe ściągnięte, gałki oczne prawie nieruchome, ku górze zwrócone, źrenice jednostajnie rozszerzone. Chwilami zgrzytnięcie zębami i nagłe zaczerwienienie policzków; przy podnoszeniu występuje wyraźniéj tężec karkowy, przeczulica. Ciepłota wieczorna 36.8, tętno 66 wolne, tętnica słabo napięta, kilkakrotne wymioty.

10. lipca stan o tyle tylko się zmienił, że zauważono mniéj energiczne ruchy jakoteż i odruchy po lewéj stronie ciała. Ciepłota i tętno jednakowe.

11. c. r. 36.6, c. w. 3..0; kilka wypróżnień po kalomelu; ciemię znaczniéj wypukłone, pulsacyja mocna.

12. Ruchliwość mniejsza, chwilami zez zbieżny, c. r. 36.8, c. w. 36.5, tętno 88, ledwo wyczuwalne, nieregularne, wykrzykiwanie

13. c. r. 36.5. Chora niespokojna, wciąż kopie nogami i podrzuca kończynę górną prawą, chwilami wykrzykuje przeraźliwie. Przy połykaniu krztusi się; wymiotów nie było, rozwolnienie miernego stopnia.

14. stan jednakowy. 15 chora uspokoiła się, połyka znów dobrze, zwraca wzrok za przedmiotami świecącemi, reakcyja źrenic wprawdzie wolniejsza, lecz zresztą prawidłowa.

16. Kończyna górna lewa mało ruchoma, w dotyku znacznie chłodniejsza niż prawa, przy kłuciu szpilką usuwa się o wiele wolniéj i dopiero po pewnym czasie. Powieka górna prawa nieco obwisła, ciepłota 36.6.

17. W ciągu dnia kilkakrotne napady drgawek ogólnych od $^1/_2$ godziny do godziny trwające.

18. i 19. stan ten sam, nic już nie połyka.

20. Drgawki ciągłe, zez zbieżny i *nystagmus*, trzęsienie kończyn górnych. Wieczorem około 5 *opisthotonus* nadzwyczaj silny, ciało w kabłąk zgięte, głowa dotyka prawie pośladków, od kilku godzin skurcz toniczny mięśni kończyn wzmagający się jeszcze ciągle, twarz zaczerwieniona, prawie sinawa, oddech nieregularny, charczenie w tchawicy, ciepłota wieczorna 39.4. tętno prawie niemacalne a nie do zliczenia.

21. ciepłota ranna 39.1. *Opisthotonus* utrzymuje się w równem nasileniu, kończyny w stanie skurczowym, tor oddechowy Cheyne Stokesa. O godzinie 1 po południu w tymże stanie zmarła, ciepłota przed samą śmiercią wynosiła 39.6.

W przypadku tym podejrzywaliśmy zapalenie opon mózgu i rdzenia pacierzowego nagminne z téj przyczyny, iż badanie dziecka nie podało nam prócz stwierdzenia blizny po zapaleniu gruczołów żadnych podstaw do przypuszczenia gruźlicy, podczas gdy właśnie w tym czasie panowało u nas zapalenie opon mózgu i rdzenia nagminne, a nawet w sali gdzie dziecię to się znajdowało, leżało dwoje chorych na powyższe cierpienie. Sekcyja wykazała wprawdzie zapalenie opon rdzenia, jednakowoż na podstawie gruźliczéj, a zajęcie to opon było powodem tak znacznego tężca mięśni grzbietowych i skurczu mięśni kończyn.

Sekcyja wykonana 23 lipca 1879 wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsq. tuberculosi acuta miliari pleurae et pulmonis sinistri. Leptomeningitis basilaris et medullae spinalis tuberculosa c. interno insigni hydrocephalo. Tumor lienis acutus.*

Wprawdzie utrzymuje Liouville, iż każdemu zapaleniu opon na podstawie gruźliczem towarzyszy zapalenie gruźlicze opon rdzenia, a Erb zarówno częstość komplikacyi téj podnosi, jednak ze zdaniem tem zgodzić się nie możemy, bo w wszystkich sekcyjach zmarłych z *meningitis tuberculosa* zarządziliśmy badanie opon rdzeniowych i rdzenia a zmiany gruźlicze napotkaliśmy jedynie tylko w tym przypadku, który też i za życia tak znacznym skurczem mięśni grzbietowych od innych przypadków się wyróżniał.

9. Fryderyk Knocz, lat 4, przyjęty 14 października 1879. Ojciec zmarł z gruźlicy płuc, brat z zapalenia opon mózgowych. Przed 15 dniami chory przebywał płonicę, od dni 5 wymioty głównie tylko po jedzeniu, utrata humoru, ospałość, od 3 dni zatrzymanie stolca.

Odżywienie chorego dość dobre, gruczoły karkowe ledwo macalne, głowa wielka, budowa czaszki czworokątna, na klatce piersiowéj i kościach długich wybitne oznaki krzywicy. Cera blada, skóra na kończynach szorstka, sucha, tu i owdzie łuszczenie przyskórka. W narządach klatki piersiowéj zmian wykazać nie można, brzuch miernie wysklepiony. Mocz prawidłowy. Chory przytomny zupełnie, lecz apatyczny, źrenice miernie rozszerzone, tętno 68 uderzeń na minutę, ciepłota 37.2.

15 c. r. 37.4, śpi z powiekami wpół tylko przywartemi, ze snu się zrywa i wykrzykuje, źrenica prawa szersza. Po olejku rycynowym kilka wypróżnień, wymiotów dzień cały nie było. Chory ospały, mało sie bawi.

16 c. r. 37.3, c. w. 37.5. Stan nie zmieniony, wykrzykiwania

17 c. r. 37.6, drgawki kilkakrotne ogólne, rzucanie ustawiczne kończyną górną i dolną prawą, źrenice zwężone, zgrzytanie zębami.

19 c. r. 37.1, konwulsyjne ruchy ręki i nogi prawéj powtarzają się, wzrok sztywny, gałki oczne wysadzone, nieprzytomność.

20. Zez zbieżny.

21. c. r. 36.1, napady drgawek powtarzają się, śpiączka ciągła, źrenice znów rozszerzone. Kaszel, w szczycie płuca prawego odgłos wypukowy przytłumiony.

22 stan ten sam, tętno wyraźnie przepuszczające, c. r. 37.1, c. w. 38.0.

23. szczękościsk — zaklęśnięcie powłok brzusznych — drgawki. Liczne rzężenia i furczenia w płucach.

24. kontraktury kończyn po stronie prawéj, *opisthotonus*, ciepłota ranna 36.7, ciepłota wieczorna 37.9, tętno niezliczalne.

25 umarł o godz. 5 rano.

Sekcyja wykonana 26 października wykazała: Guz gruźliczy na ścianie dna rogu tylnego komórki lewéj wielkości orzecha laskowego, gruźlica ostra opon mózgowych na podstawie, wodogłowie wewnętrzne. Zserowacenie gruczołów śródpiersia przodkowego i oskrzelowych; gruźlica ostra płuc, w prawym szczycie rozstrzeń oskrzelowa wypełniona masą serowatą wielkości grochu.

Ponieważ trudno przypuścić, ażeby guz gruźliczy dochodzący wielkością orzecha laskowego rozwinąć się miał dopiero w ciągu tych dni kilkunastu, które chory przebył w szpitalu a poprzednio chory żadnych objawów cierpienia mózgowego nie okazywał, jak to zeznała matka, która miała już sposobność przy starszym synie zmarłym również z powodu zapalenia opon mózgowych obeznać się z jéj początkowemi objawami, musimy obraz chorobowy odnieść jedynie tylko do zapalenia opon wywołanego w następstwie rozsiania gruzełków, a podrzucania kończynami prawemi i następowe kontraktury tłumaczyć nagłem powiększeniem się pierwotnego guza gruźliczego wskutek świeżych erupcyj na obwodzie. Przebycie płonicy i połączone z chorobą tą zmiany w krążeniu mogły dać powód do rozsiania gruźlicy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

W. Dąbrowski: **Przypadek zwężenia dolnego odcinka dwunastnicy.**

U 18-letniego robotnika wykazywało badanie w jamie brzusznéj na wysokości i na prawo od pępka guz znacznéj wielkości o powierzchni nierównéj, mało ruchomy, bolesny przy ucisku. Uderzało przytem znaczne wyniszczenie i osłabienie chorego i wzniesienia ciepłoty ciała do 39° C. bez jakiegokolwiek typu. Po przeszło dwumiesięcznym pobycie w szpitalu dołączyły się nowe objawy, a mianowicie chory

miewał nader obfite wymioty żółciowe, skarżył się na mdłości, cuchnące odbijania i silne bole w okolicy żołądka; równocześnie stwierdzono rozstrzeń żołądka, a przy ucisku na powierzchnię tegoż wywieranym występowały wyraźne, powolne ruchy robaczkowe w kierunku od dna do odźwiernika postępujące. Najciekawszem było zachowanie się zawartości żołądka, z którego stale, pomimo obfitych wymiotów wydobywano znaczną, bo do 2 litrów dochodzącą ilość treści zielonéj, kwaśnéj, z wyraźnym odczynem żółci. W przesączu raz tylko przy przepłókiwaniu dwukrotnem żołądka w odstępie jednéj godziny wykryto wolny kwas solny. W osadzie odnajdowano resztki pokarmów jak włókna mięsne, tłuszcz i skrobię, prócz tego duże ilości sarcyny i drożdży. Na podstawie powyższych objawów rozpoznano zwężenie dolnego odcinka dwunastnicy, przypuszczając jako powód tegoż *lymphosarcoma* gruczołów zaotrzewnowych. Wykonana sekcyja wykazała rozległe zmiany gruźlicze w gruczołach chłonnych jamy brzusznéj, stare ognisko w środkowéj tylnej części płuca lewego, nadto wrzody gruźlicze w dwunastnicy i jelicie cienkiem; w ten sposób potwierdziła rozpoznanie zwężenia dwunastnicy przez zwyrodniałe gruczoły, charakter tylko tegoż zwyrodnienia był inny.

Przypadek ten powiększa szereg 10 przez innych autorów opisanych zwężeń dwunastnicy. a na podstawie tych opisów jako cechy rozpoznawcze zwężenia dolnego odcinka dwunastnicy należy wymienić: wymioty ze słabą przymieszką żółci, zmiany w trawieniu żołądkowem, wreszcie ruchy robaczkowe żołądka. Wyłania się tu jeszcze sprawa więcéj teoretyczna, o doniosłem jednak, bo na rokowanie przeważny wpływ mającem znaczeniu praktycznem, mianowicie czy i o ile na trawienie wogóle wpływa zmięszanie soku żołądkowego z jelitowym. Sprawę tę rozstrzygają doświadczenia Boasa, który wykazał, że jak z jednéj strony nadmiar kwasu solnego w żołądku zobojętnia wpływ zasadowéj przymieszki soku jelitowego i trawienie odbywa się jak w prawidłowych warunkach tylko za pośrednictwem pepsyny i HCl, tak z drugiéj znów strony przy upośledzonem wydzielaniu HCl. sok jelitowy dostawszy się do żołądka bierze przewagę, a trawienie postępuje torem co zwykle w jelitach. To też co do rokowania, jeśli sprawa wywołująca zwężenie już sama przez się nie każe źle rokować, w takim razie nie jest ono zupełnie niepomyślnem i zawsze jeszcze można mieć nadzieję, że objawy zwężenia dadzą się usunąć, a krążenie treści pokarmowéj dalej prawidłowo odbywać się będzie. (*Gazeta lek. Nr. 15, 1892*). *Dr. L. Korczyński.*

Choroby oczne.

Somya: **O częściowym zaniku nerwu wzrokowego po wymiotach krwawych.**

Przypadki zaniewidzenia po krwotokach żołądkowych nie są tak rzadkie i niejednokrotnie już były ogłoszone, co do przyczyny jednak anatomo-patologicznéj zdania są jeszcze podzielone. Między innymi Hoffmann jako anatomiczną przyczynę zaniewidzenia uważa *neuritis retrobulbaris interstitialis* z następowym zanikiem włókien nerwowych, Ziegler [1]) zaś na podstawie własnego wyniku sekcyjnego upatruje przyczynę w zwyrodnieniu tłuszczowem nerwu wzrokowego skutkiem miejscowéj anemii. Co się tyczy przypadków całkowitego zaniewidzenia po *haematemesis* przyłącza się autor do zapatrywania Zieglera, w razach jednak częściowego zaniku n. wzrokowego, uważając dotychczasowe wyniki sekcyi za nie wystarczające, ma nieco odmienne zapatrywanie.

Po znacznym krwotoku żołądkowym następuje ogólna anemia, najwybitniejsza w zakresie tętnic końcowych, więc i *A. opthalmica*; skutkiem dłużéj trwającéj anemii przychodzi do zwyrodnienia tłuszczowego włókien nerwowych *n. optici*, jeżeli ta anemia trwa zbyt długo lub skutkiem ogólnego osłabienia zwyrodnienie szybko postępuje, przychodzi do całkowitego zaniewidzenia, jak to miało miejsce w przypadku stwierdzonym późniéj sekcyą przez Zieglera. Jeżeli jednak anemia w zakresie *A. opthalmica* jest tylko przemijającą, gdy z powrotem sił ustrój sam stara się wyrównać szkody anemią zrządzone, wtedy proces anatomo-patologiczny nie przedstawiałby się jako proste zwyrodnienie tłuszczowe lecz jako sprawa regeneracyjna, może nawet jako zapalenie regeneracyjne. Oczywiście, że zwyrodniałe włókna nerwowe nie mogą już powrócić do stanu normalnego, ale stają się więcéj odpornemi, a te które miały uledz zwyrodnieniu, zostają ochronione. W takich przypadkach zwykle trudno o dowód na stole sekcyjnym, gdyż chorzy przychodzą do zdrowia po krwotoku, obraz jednak kliniczny i przebieg zdaje się zgadzać z tem zapatrywaniem. Wzrok bowiem bezpośrednio po krwotoku nie uległy zmianie, podpada dopiero po 2 lub 3 dniach, zwolna przychodzi do *maximum* upośledzenia i do zaciemnienia całego pola widzenia, coby odpowiadało wpływowi, jaki bądź co bądź ów domniemany proces degeneracyjny i na zdrowe włókna nerwowe wywierać musi; poczem bystrość wzroku znów się poprawia, aby pozostać stale w zgodnym stosunku z obrazem wziernikowym i rozmiarem pola widzenia. Twierdzenie to popierają trzy przez autora obserwowane przypadki w klinice prof. Schoelera. (*Centralbl. f. prakt. Augenheil. 1892. August*). *Dr. Langie.*

[1]) *Beitraege zur pathol. Anatomie u. Physiologie 1886. II.*

Choroby skórne i kiłowe.

Köhler (Berlin): **Przypadki kiły mięsni z oddziału berlińskiéj Charité.**

Przyjęty 48-letni robotnik przedstawiał obraz znacznego charłactwa. Ciepłota wieczorna 40° C. Skóra nad mięśniem piersiowym prawym zgrubiała i wypuklona; dołek nadobojczykowy wypełniony guzem twardym. Przy ucisku wydobywała się z otworu znajdującego się na 3 ctm. nad obojczykiem, w skąpéj ilości masa ropno serowata. Guz rósł nadzwyczaj szybko. Rozpoznano mięsak i przystąpiono do wyłuszczenia. Po przecięciu powierzchownych włókien mięśnia piersiowego wielkiego napotkano zbite utkanie włókniste przeplatane ogniskami grubo-ziarnistemi i serowatemi. Podobnie zwyrodniony był *pectoralis minor, deltoides* i *subscapularis*. Wobec tego odkrycia rozpoznanie mięsaka odpadło. Drugi taki przypadek tyczył się u 20-letuiego posługacza. u którego zauważono obrzmienie twarde w mięśniach brzucha. I tu rozpoznano *sarcoma*. a po nacięciu przekonano się, iż między prawidłową skórą a otrzewną nienaruszoną warstwa mięśniowa zamienioną była w grubą i twardą warstwę włóknistą, wśród któréj leżały ogniska grubo-ziarnistéj masy serowatej i pojedyncze kępki włókien mięsnych. Od operacyi odstąpiono a podano jodek potasu. Złogi znikały, kępki mięśniowe rozrastały się i człowiek ten cieszy się wcale znośnem zdrowiem. Tego rodzaju zmiany mięśni skutkiem kiły nie należą do wielkich rzadkości, często podlegają one operacyi skutkiem mylnego rozpoznania, które nawet wśród operacyi z powodu nadzwyczaj podobnego do mięsakowego utkania nie zostaje zmienionem. Na podstawie 18 letniego doświadczenia radzi autor podobnie jak Nélaton, każdy guz mięśnie zajmujący najpierw zapomocą specyficznych środków leczyć. (*Brl. kl. Wschft.* Nr. 8, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby dzieci.

Józef Jaworski: **Przyczynek do etyjologii t. zw. sapki i leczenie jej u osesków.**

Autor opisuje przypadek sapki u dziecka 9 miesięcy liczącego, która trwała prawie od urodzenia, a według opowiadania matki troje dzieci poprzednich okazywało podobnież tę samą chorobę, najstarsze z nich dożyło niespełna 11 miesięcy. Odżywienie dziecka w tym przypadku szybko podupadało, a nadto miały według opowiadania matki wystąpić po ssaniu kilka razy drgawki. Badanie wykazywało w jamie noso gardzielowéj wyrośle gruczolakowe. Po usunięciu drogą operacyjną tych wyrośli ustąpiły zaburzenia w oddychaniu, nozdrza stały się drożnemi, drgawki niepowtórzyły się więcéj. Drgawki w tym przypadku tłómaczy autor wprost przeszkodami w oddychaniu, wywołanemi niedrożnością przewodów nosowych. Wskazując szkodliwe następstwa sapki, wymienia autor: możność przenoszenia

się sprawy nieżytowéj na niższe części dróg oddechowych, niedodmę płuc, dość często występujące zatrucie kwasem węglowym, a nierzadko i śmierć wprost z wycieńczenia z powodu niemożności ssania. (*Kronika lek.* Nr. 7 1892).

Dr. L. Korczyński.

Choroby umysłowe.

Knörr: **Przyczynek do nauki o toksycznych psychozach.**

Spostrzeżenia, jakie K. poczynił w krajowym zakładzie dla obłąkanych w Landsberg w zakresie tak zwanych toksycznych zaburzeń psychicznych, dają się w krótkości zestawić: U nałogowych opilców może się po znaczniejszych wybrykach *in Baccho* wywiązać psychoza, podobnie jak u kokainistów, morfino-kokainistów i u chorych na influenzę. Psychoza ta okazuje cechy tak zwanego przez Sandera poronnego pomięszania pierwotnego (*paranoia abortiva*). Objawy główne przedstawiają się w formie halucynacyj słuchowych, zaraz w początku choroby występujących, urojeń prześladowczych bez urojeń wielkości i wtórorzędnych stanów lęku. Przebieg choroby szybki, i kończy się wedle dotychczasowych spostrzeżeń autora wyzdrowieniem. Hallucynacyje słuchowe, jakie w pomięszaniu poronnem występują, przedstawiają tak zwane elementarne „złudzenia słuchowe“, które o ile w pomięszaniu pierwotnem zwyklem nie na tle zatruć występującem każą źle rokować, o tyle w téj formie nie stanowią złéj wróżby i szybko ustępują. Z temi halucynacyjami słuchowemi łączą się zboczenia mowy, które z ustąpieniem choroby całkowicie giną. (*Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie.* Tom 48, zeszyt 6).

Farmakologija.

Griniewiczowa: **O środkach mlekopędnych.**

W rozprawie doktorskiéj pod powyższym tytułem wymienia G. jako środki mlekopędne obok elektryzowania rośliny lekarskie jak rutewkę (*galega offic.*), pokrzywę (*urtica urens*), kmin i anyżek. G. zauważyła, iż po podaniu wewnętrznem jednego z tych leków, mleko tak u kobiet, jak i u krów w większéj ilości się wydzielało, mimo to ciężar gat. zachowywało prawidłowy, a w tłuszcz wzbogacało się. Mleko takie dzieciom nie szkodziło, owszem nawet słabowite dzieci na siłach zyskiwały. Najskuteczniejszą jest rutewka (*galega offic.*) i radzi ją zapisywać:

Rp. *Extr. galeg offic. 25,00* lub Rp. *Extr. galeg. offic. 0,25*
Syr. simpl. 500,00 — *F. pil. Dtd. N. X.*
S. 4—5 łyżek dziennie. — S. 1—4 pig. dziennie.

Pokrzywa działa zaś najlepiéj jako nastój lub syrup wedle przepisu:

Rp. *Extr. urtic. ur. 100,00* lub Rp. *Extr. urtic. ur. 100,00*
Alcohol (60°) 500 — *Syr. simpl. 500,00*
S. 5 razy dziennie po 50 kropli. — S. 4—5 łyżek dziennie.

Anyżek i kmin zaleca w tym samym celu podawać w dawkach 1—5 gr. dziennie. Znakomite i niezawodne skutki w obec braku pokarmu odnosi *inf. foliorum tasis* lub *dec. fruct. tasis e 30 gr. ad 200 gr.* Liście i owoc zwane *tasis* pochodzą z rośliny *morrenia brachystephana* rosnącéj w Argentynie i najpierw były w tym celu użyte przez doktorów Arcę i Sicardiego. (*Wien med. Presse* Nr. 35. 1892).

Dr. Wachholz.

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Beck (Berlin): Objawy cholery wywołane przez streptokoki.

W zakładzie dla chorób zakaźnych Kocha obserwowano w sierpniu b. r. przypadek przedstawiający tak charakterystyczny obraz cholery, że w czasach, gdy nie znano bakteryjologicznéj podstawy téj choroby, nie wahanoby się ani chwili z rozpoznaniem. Badanie stolców nie wykazało obecności prątków przecinkowych, natomiast znaleziono prawie czyste hodowle streptokoków. Po śmierci napotkano również we krwi i w narządach grube i długie streptokoki identyczne z poprzedniemi. Myszy, którym wstrzyknięto do jamy brzusznéj 0·3 cm. sz. krwi, ginęły po 24 godzinach, a we krwi ich znachodziły się te same streptokoki. W jaki sposób to zakażenie ogólne streptokokami nastąpiło, nie udało się wyjaśnić. (*Deut. med. Woch.* 1892, Nr. 40).

Neisser (Wrocław): Leczenie cholery za pomocą jodoformu.

Opierając się na doświadczeniach swych i Buchnera, z których wynika, że jodoform działa silnie zabójczo na prątki przecinkowe, proponuje autor podawanie jodoformu przynajmniéj w przypadkach nie najcięższych i podczas biegunki zwiastunowéj. Niebezpieczeństwa z podawania do 1 gr. dziennie niema żadnego.

Autor znajduje się od kilku tygodni w podróży i jak sam zaznacza, nie zna najnowszéj literatury lekarskiéj i dlatego zapewne nie wie, że Bujwid już polecił i stosuje jodoform przeciw cholerze. (*Tamże.*)

Mettenheimer: O wstrzykiwaniach do pęcherza moczowego i innych metodach leczenia cholery.

Ze względu na propozycyję uczynioną przez Bartha w Nrze 36 *Deut. med. Wschrft*, przypomina M., że już w r. 1849 w czasie wielkiéj epidemii cholery panującéj wówczas w Paryżu, Piorry zalecał i wykonywał wstrzykiwania wody do pęcherza w ilości 60 gr. na raz. Ówcześni lekarze paryscy — w téj liczbie autor artykułu — widzieli dobre skutki z tych wstrzykiwań o tyle, że chory doznawał ulgi, ustępowało dręczące go pragnienie. O ile wstrzykiwania te wpływały wówczas na procent śmiertelności, M. podać nie może. Podobnie rzecz się ma z transfuzyją rozczynu soli do żył; wykonywano ją już w latach 1831 i 1832, a pierwszy podał ją angielski lekarz, który używał na 5 funtów wody ogrzanéj do 40—45° C. dwóch drachm soli kuchennéj i 1 drachmy *natr. carbonicum.* W jednym przypadku np. w ciągu 53 godzin wlano 36 funtów płynu. Zupełnie nowemi są: hypodermokliza i enterokliza garbnikowa, jakkolwiek taninę w wielkich dawkach podawano już dawniéj, a pierwszym, który środek ten zalecał, był nie kto inny jak sławny okulista Albrecht v. Graefe, który w roku 1849 praktykował w Paryżu.

Autor podnosi te daty historyczne z tego względu, że mnóstwo pojawia się sposobów leczenia cholery, których twórcy nie uwzględniają wyników już poprzednio otrzymanych i nieraz narażają tylko na stratę czasu przez ponowne daremne próby. (*Tamże*).

Ziemssen: Leczenie cholery.

W treściwym wykładzie wygłoszonym w Tow. lekarzy monachijskich znakomity klinicysta skreślił profilaktykę i terapiję cholery, a podał przytem kilka cennych uwag, które odczyt ten czynią jeszcze więcéj zajmującym.

Co do osobistéj profilaksy przestrzega przed używaniem wszelkich środków anticholerycznych, szczególniéj makowca. W przypadkach, w których dla uspokojenia psychicznego koniecznem jest podawanie jakiegoś środka, radzi jedynie podawać rozcieńczony kwas solny w małych dawkach.

W ocenianiu wyników leczenia cholery wpadają nawet doświadczeni lekarze, którzy pierwszy raz w czasie epidemii czynność swą wykonywają, w błąd mający swe źródło w niejednakowym przebiegu cholery podczas téj saméj epidemii. Zazwyczaj bowiem ku końcowi epidemii złośliwość choroby znacznie się zmniejsza i nawet tak ciężkie przypadki przebiegają pomyślnie, które, sądząc z spostrzeżeń otrzymanych w początkach epidemii, musiałyby zakończyć się śmiercią. Wskutek tego jak podczas pierwszéj połowy epidemii ogarnia lekarza słuszny pesymizm, tak wpada ku końcowi zarazy w niesłuszny optymizm co do skuteczności ulubionego w danéj chwili środka. Ziemssen uważa leczenie rozmaitemi środkami wewnętrznemi, jak to obecnie stosuje się w szpitalach paryskich (kwas mlekowy, benzo naftol, bismut, salol, kokaina i w. i.), za zupełnie bezskuteczne.

Leczenie okresu początkowego zalecone przez Z. nie zawiera nic nowego. Przestrzega tylko przed podawaniem

przetworów makowca, szczególnie *per os*, które nietylko nie pomaga, lecz zwiększa nudności i częstokroć daje pierwszy impuls do wystąpienia wymiotów. Co najwyżéj można podawać w postaci małych lawatyw 15 kropel *trae opii* na łyżkę kleiku lub rumianku, lecz także rzadko i ostrożnie, albowiem zatrucia makowcem nie należą w czasie epidemii do rzadkości. Wskazanie najpierw się nasuwające, aby od strony żołądka za pomocą jakiegoś środka przeciwgnilnego zniszczyć lub wydalić hodowle prątka cholerycznego, pociągnęło za sobą zastosowanie licznych środków antiseptycznych, jednakże żaden z nich nie okazał się skutecznym. Jedynie tylko do kalomelu ma autor zaufanie dzięki pomyślnym wynikom, jakie w dawniejszych epidemijach za pomocą tego środka otrzymał.

Omawiając zastosowanie enteroklizy, twierdzi Z., że zajmuje ona na razie pierwsze miejsce pomiędzy wszystkiemi środkami leczniczemi i powinna bezwarunkowo być zastosowaną w wszystkich przypadkach świeżych a także i w okresach późniejszych. Że w Hamburgu nie osiągnięto za pomocą enteroklizy zadowalających rezultatów, przypisuje Z. téj okoliczności, iż do szpitali dostają się chorzy, w późniejszych okresach choroby, w czasie, w którym enterokliza, jak Cantani sam przyznaje, nie wiele pomaga. To też nadaje się postępowanie to najbardziéj do praktyki prywatnéj.

W dalszym ciągu przechodzi Z. do wlewań podskórnych i śródżylnych rozczynu soli, a pytanie, któremu z nich należy dać pierwszeństwo, rozstrzyga w ten sposób, że w szpitalach przy należytéj pomocy można wykonywać transfuzyję do żył, zwłaszcza jeżeli sposobem podanym przez niego wbije się igłę do żyły bez odpreparowania takowéj, w praktyce prywatnéj zaś trzeba się zadowolić infuzyją podskórną. Jednakże nie radzi używania w tym celu w prywatnéj praktyce osobnego irygatora lub innego przyrządu, lecz zwykłéj strzykawki szklanéj objętości 50 cm. sz. i kilku igieł, które za pomocą krótkiéj rurki kauczukowéj łączy się z strzykawką. Taką strzykawkę może lekarz ze sobą nosić i za pomocą niéj w ciągu kwadransa wprowadzić pod skórę 1—2 litrów płynu. Resorbcyja wody słonéj odbywa się tak szybko szczególnie przy pomocy miesienia, że wstrzyknięte 50 cm. sz. znikają w tym krótkim przeciągu czasu, którego potrzeba do powtórnego napełnienia strzykawki. Lekarz może ze sobą mieć już odważone porcyje soli kuchennéj po 7 gr. (albo *Natr. chloral. 4·0, Natr. bicarb. vel sulphur. 3·0*), które w przegotowanéj wodzie rozpuszcza w celu natychmiastowego wykonania infuzyi. Środków podniecających nie radzi Z. dodawać do wlewanego płynu, lecz osobno takowe wstrzykiwać, a jako najlepszy podaje *Ol. camphoratum fortius* (1 : 5).

Przeciw kurczom w łydkach zaleca Z. oprócz injekcyj morfiny nacierania dużemi kawałkami lodu, które działają jako najlepszy środek kojący. Co się tyczy procedur wodoleczniczych, spostrzeżenia autora co do działania gorących kąpieli, zawijań zimnych i gorących są niekorzystne. (*Münch. med. Woch.* Nr. 41).

du Mesnil: O leczeniu chorych na cholerę w szpitalu w Altonie.

Kiedy w połowie sierpnia b. r. po zjawieniu się pierwszych przypadków cholery w krótkim czasie epidemija przybrała takie rozmiary, że osobny szpital do tego celu przeznaczony nie mógł pomieścić wszystkich chorych, wybudowano w ciągu 5 dni ogromne baraki zaopatrzone w wodociągi, oświetlenie elektryczne, gaz i inne dogodne urządzenia. W szpitalu tym leczono 511 chorych, z których 122 dotkniętych było zwykłą biegunką, z pozostałych 389 chorych na cholerę zmarło 227; śmiertelność wynosiła zatem 58%. Cyfry te nie świadczą wcale pochlebnie na korzyść naszych postępów w terapii, procent śmiertelności był taki sam jak w poprzednich epidemijach. I w Altonie zauważono także, że przebieg epidemii w początku był bardzo ciężki, nie było środka, któryby mógł jakikolwiek choćby najmniejszy skutek wywrzeć, późniéj ciężkość obrazu chorobowego coraz bardziéj się zmniejszała, wtedy i wyniki leczenia były coraz lepsze. Czy przyczyną tego faktu jest przyzwyczajenie się ludności do jadu cholerycznego, czy też osłabienie tego ostatniego, trudno na razie rozstrzygnąć.

Co do samego sposobu leczenia, nie znajdujemy tu nic nowego. Wszelkie środki antiseptyczne w okresie początkowym okazały się bezskutecznemi, jedynie kalomel (najpierw 0·5 2 razy w ciągu 2 godzin, późniéj co 2 godziny po 0·05) w pierwszych ciężkich przypadkach bezskuteczny, w przypadkach lżejszych dawał wyniki pomyślne. Enteroklizom garbnikowym przypisuje autor korzystne działanie ściągające i przeciwgnilne (dejekcyje chorych po enteroklizie jak wykazały próby szczepienia hodowli płytkowych, nie zawierały żywych prątków przecinkowych), a nadto przyczyniają się do wydalenia toksyn znajdujących się w jelitach. Z tego powodu używał M. wlewań tych co 3 godziny. Natomiast co do działania infuzyi wśródżylnéj wyraża się autor bardzo skeptycznie. W wielu przypadkach, w których stan chorego po pierwszéj infuzyi chwilowo się poprawiał, następne infuzyje, które musiano wykonać z powodu przemijającego efektu, były już bez żadnego wpływu na tętno i stan ogólny. Infuzyja żylna w niezbyt ciężkich przypadkach, szczególnie w okresie uremicznym może być wskazaną, jednakże entuzyazm, który wywołała z wielu stron okazał się nieusprawiedliwionym. Lepsze wyniki daje już infuzyja podskórna, któréj skutek jakkolwiek w pierwszéj chwili nie jest tak wybitnym, jednakże trwa dłużéj, resorbcyja nie jest tak szybką, a więc wydalenie płynu przez żołądek i jelita nie jest tak przyspieszone, jak to ma miejsce po transfuzyi żylnéj. Prócz tego hypodermokliza ma to za sobą, że łatwiéj ją wykonać i można ją częściéj powtarzać, a nawet ją nieprzerwaną uczynić.

Z innych środków stosowano: olejek kamforowy 10%, kąpiele gorące (bezskutecznie), injekcyje morfinowe; w *coma uraemicum* ani chloroform ani wenesekcyje nic nie pomagały, wszyscy pacyjenci w tym okresie umierali. (*Münch. med. Woch.* Nr. 41).

W sprawie profilaksy zwraca Kohn z Wrocławia uwagę na trudność, z jaką ma się do walczenia w codziennem życiu z zastosowaniem — jak tego wymagają przepisy — jedynie tylko sterylizowanéj względnie gotowanéj wody nietylko do picia ale i do obmywania naczyń przed każdą potrawą. Zwłaszcza u ludzi ubogich nie posiadających dostatecznéj ilości naczyń kuchennych, przestrzeganie tego staje się niemożebnem. Z tego powodu radzi K. posługiwać się sterylizowaniem za pomocą suchego gorąca, które jest prostsze, tańsze a przedewszystkiem skuteczniejsze. Ponieważ prątek przecinkowy ginie już w ciepłocie 50—55°, to ogrzanie talerzy, szklanek i t. d. nawet obmytych niegotowaną, a więc może zawierającą prątki, wodą wystarcza do jego zabicia. Talerz, który koło 1 minuty stoi na brzegu pieca jest już w tym celu dość ogrzany, w bratrurze stos talerzy w krótkim czasie dostatecznie się ogrzewa. K. zaleca także, aby i w restauracyjach podawano potrawy na ogrzanych talerzach. (*Deut. med. Woch.* Nr. 40).

Przyczynek do historyi badania cholery.

Pod tym tytułem umieszcza *Berl. klin. Wochenschrift* w Nrze 42 wyciąg z pracy naszego rodaka Dra Wiewiorowskiego ogłoszonéj w r. 1866 w języku łacińskim (*De cholerae asiaticae pathologia et therapia. Dissert. inaug.*) zwracając uwagę na trafne spostrzeżenia tego autora, które stoją bardzo blisko wyników najnowszych badań. Szczególnie polecając gorąco leczenie kalomelem zgadza się autor z ostatniemi spostrzeżeniami, a i badania drobnowidowe i doświadczalne są nader ciekawe. Dysertacyja pochodzi z czasu, kiedy bakteryjologija była w początkach rozwoju i ograniczała się jedynie do badań mikroskopowych i doświadczeń na zwierzętach. Dr. Wiewiorowski zdaje w niéj sprawę z 109 leczonych w szpitalu w Królewcu. Przebieg ówczesnéj epidemii potwierdzał, że choroba rozszerza się z pojedynczych ognisk. W szpitalu przeprowadzono gruntowne środki zapobiegawcze, którym przypisać należy, że nie było przypadku przeniesienia choroby na lekarzy lub służbę. Zabiegom tym służyło za podstawę zapatrywanie, że dejekcyje cho-

rych zawierają właściwy jad choleryczny, w czem autora utwierdzało badanie mikroskopowe stolców ryżowych i doświadczenie na zwierzętach.

Przy badaniu drobnowidowem znachodził W. gromady „zarodników i wibrionów“, które stanowiły główną część składników stałych w dejekcyjach, a które okazywały nadzwyczaj żywe ruchy „tak, że często obraz stawał się podobnym do roju żywych komarów“.

Na podstawie tych badań, oraz doświadczeń na zwierzętach, wysnuwał autor wniosek, że właściwy jad cholery zawarty jest w owych drobnoustrojach (*ut venenum speciale in illis organismis minimis esse putemus*), albowiem nie możnaby sobie inaczéj wytłomaczyć ich stałego pojawiania się w tak znacznéj liczbie (*perpetuidas et multitudo immensa*). Zakażenie następuje przez dostanie się tych drobnoustrojów z pokarmami lub powietrzem, zawsze jednak przez połknięcie (*sed semper venenum devoratum esse opus est*); ich działanie na przewód pokarmowy polega na „właściwym rozkładzie“ i na wnikaniu zarodników do przybłonków, które ulegają nekrozie i odłuszczają się.

Według powyższego zapatrywania odbywało się i leczenie: starano się wydalić jad z przewodu pokarmowego, a następnie wzmocnić akcyję serca i przeciwdziałać zagęszczeniu krwi. Jako najlepszy środek do uczynienia zadość pierwszemu wskazaniu stosowano kalomel, dalej czerwone wino i podskórne wstrzykiwanie chininy. Celem zastąpienia utraty wody, podawano chorym dużo wody gotowanéj lub wody selterskiéj z winem. Wyniki leczenia tego były nader pomyślne, gdyż z 109 chorych umarło 25.

Zaiste czytając ten artykuł, a szczególnie wyniki badania drobnowidowego, mimowoli nasuwają się na myśl słowa: *Nil novi sub sole*. *Dr. A. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 października Na posiedzeniu nadzwyczajnem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 22 b. m. odbytem a wyłącznie kwestyi wodociągów miejskich poświęconem:

1) kol. prezes Ponikło w stosownem przemówieniu podniósł ważność sprawy i wykazał, że wydanie opinii fachowéj przez Towarzystwo w téj sprawie może być bardzo korzystnem dla jéj rychłego i skutecznego załatwienia.

2) Kol. Browicz odczytał obszernie i gruntownie umotywowany wniosek, aby Tow. lekarskie wybrało komisyję *ad hoc*, któraby wglądnęła w dotychczasowe akta do sprawy wodociągów się odnoszące i na podstawie tychże tudzież własnych badań i dochodzeń wypracowała fachowy elaborat i tenże Towarzystwu w czasie możebnie najkrótszym przedłożyła.

Po wyczerpującéj dyskusyi, w któréj wzięli udział z kolei koll. Szewczyk, Browicz, Domański, Gluziński, Pieniążek, Grabowski, Jordan i Surzycki, przyjęto jednomyślnie wniosek kol. Browicza i wybrano komisyję wodociągową z 7-u członków złożoną. W skład komisyi weszli koll. Browicz, Cybulski, Domański, Kwaśnicki, Jordan, Ponikło i Surzycki.

* JE. p Minister oświecenia zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego co do habilitacyi Dra Stanisława Brauna na docenta prywatnego dla położnictwa i ginekologii w Uniw. Jagiellońskim.

* Marszałek krajowy na Szląsku austr. rozpisał konkurs na posadę lekarza pomocniczego w zakładzie krajowym dla obłąkanych w Opawie z płacą roczną 1200 zlr., wolnem mieszkaniem i dodatkami 5-rocznemi. Oprócz kwalifikacyj lekarskich wymagana jest znajomość języka czeskiego albo polskiego. Zakład dla obłąkanych w Opawie, dopiero przed paru laty nowo wybudowany według wszelkich wymogów terapeutycznych, znajduje się w mieście samem i pozostaje pod kierownictwem byłego asystenta prof. Krafft-Ebinga.

* W Krakowie było w tygodniu 40-ym (od 2—8 października) małżeństw 17, urodzeń 54, skonów 46, z tych z cholery 9, z zapalenia płuc 6, z nieżytu żołądka i jelit 6, z duru brzusznego 3, z dławca i błonicy 2, z gruźlicy 2.

W tygodniu 41-ym (od 9—15 października) było małżeństw 20, urodzeń 41, skonów 57, z tych z nieżytu żołądka i jelit 11, z gruźlicy 7, z zapalenia płuc 5, z cholery 4, z dławca i błonicy 2.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 39: Higiera: Kilka słów o jąkaniu histerycznem; Kamieńskiego: Początki histeryi u dziecka (dok.). — W *Medycynie* Nr. 41: Szwajcera: Pierwszy przypadek cholery azyjatyckiéj w Warszawie; Rybickiego: Szpital św. Stanisława w Skierniewicach (c. d.). — W *Gazecie Lek.* Nr. 41: Heryngа: Przerost migdałków, warunki powstawania i jego leczenie na drodze operacyjnéj; Janowskiego: Przebieg epidemii cholery azyjatyckiéj w Warszawie w ciągu pierwszych 10 dni; Biernackiego: Spiryle choleryczne w wodzie studziennéj i we wodzie z wanny: Warszawskiego: Haematoma vulvae et vaginae, morbus Werlhofii. — W *Zdrowiu* Nr. 84: Ciemońskiego: Śmiertelność z zapal. płuc w Warszawie w ciągu okresu 6-letniego (1886—1891); Danielewicza: Śmiertelność warszawska w r. 1891 (dok.). — W *Gazecie Lek.* Nr. 42: Mierzyńskiego: O oznaczaniu kw. solnego w zawartości żołądka; Heryngа: Przerost migdałków, warunki powstawania i leczenie na drodze operacyjnéj (c. d.) — W *Medycynie* Nr. 42: Ehrlicha: Przyczynek do leczenia cholery; Szwajcera: Pierwszy przypadek cholery azyjat. w Warszawie (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

L. 12005. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W celu obsadzenia dziewięciu nowych posad c. k. weterynarzy powiatowych w XI kl. rangi względnie posad oglądaczy zwierząt i produktów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs do dnia 10 grudnia b. r.

Kandydaci mają swe podania opatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane ustawą z dnia 21 marca 1873 (Dz. u. p. Nr. 37) metryką urodzenia, niemniéj dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższy terminie do Prezydyjum c. k. Namiestnictwa, mianowicie kompetenci zostający już w służ-

bie państwowéj w przepisanéj drodze służbowéj inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyję policyi.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 22 października 1892.

L. 1950. **KONKURS.**

Przy szpitalu powszechnym w Podhajcach została opróżniona posada lekarza ordynującego z płacą roczną 600 złr. w. a., na którą Wydział powiatowy rozpisuje niniejszem konkurs z terminem do dnia 1 grudnia 1892.

Z Wydziału Rady powiatowéj
W Podhajcach dnia 17 października 1892.

115—3—1 Wice-Prezes *Zaremba.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 5 Listopada 1892. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedyeyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego.

O działaniu leczniczem benzosolu w moczówce cukrowéj.

Podał

Dr. Maryjan Piątkowski,

b. asystent kat. fizyjologii, obecnie elew kliniki lekarskiéj.

(Przedstawione na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 4 maja 1892).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

P r z y p a d e k II. S. A. S., liczący lat 46, licho zbudowany i odżywiony. Badanie przedmiotowe przy wstąpieniu do kliniki wykazuje skórę suchą, łuszczącą się, nieelastyczną, tkankę podskórną zanikłą, porost włosów nędzny, na paznokciach rowki poprzeczne, zęby w większości popsute, nacieki szczytowe z tyłu, z licznemi rzężeniami drobnemi, a z przodu ponad obojczykiem po stronie prawéj zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą płucną, miażdżycę tętnic miernego stopnia, powiększenie wątroby, sinicę na kończynach dolnych, niedomogę wydzielniczą i mechaniczną żołądka i zupełną impotencyę. Mocz badano wśród dyety mięszanéj, następnie mięsnéj bez podawania leku, wreszcie przy mięsnéj wraz zażywaniem benzosolu.

W ciągu obserwacyi klinicznéj w miejsce benzosolu podano raz salipyrinę, wreszcie dyetę mięszaną z benzosolem i bez tegoż. W moczu białka nie zauważono nigdy, oddziaływał zawsze kwaśno, barwy winowo-żółtéj; nieco mętny, chlorki w prawidłowéj ilości.

Dnia	Ilość moczu	C. g.	% cukru	Ilość cukru na dobę w gr.	Dyjeta	Leczenie
13/III	2300	1·038	2·083	40·624	mięszana	nie nie podawano
14	2200	1·035	2·500	57·500		
15	4500	1·037	3·875	174·415		
16	3300	1·035	3·125	103·125		
17	4700	1 036	3 700	174 073		
18	3800	1 034	2 083	79·165		
19/III	3900	1·033	4 651	181·392	mięsna	
20	17.0	1·037	1·200	20·52		

Dnia	Ilość moczu	C. g.	% cukru	Ilość cukru na dobę w gr.	Dyjeta	Leczenie
21/III	1000	1·035	0 024	0 240	mięsna	Benzosol 3 grm. dz.
22	2000	1·029	0·006	0 120		
23	1130	1·032	0·007	0·080		„
24	1400	1 031	0·008	0·116		4 grm. dz.
25	1360	1·030	0 006	0·084		„
26	1900	1·020	0 005	0·099		5 grm. dz.
27	1000	1 027	0 004	0 042		„
28/III	1250	1·026	0 005	0·075		Benzosol usunięto
29	1150	1·032	0·012	0 138		
30	1750	1 028	0 008	0 066		
31	1650	1·028	0·05	0·825		
1/IV	1400	1·030	0·12	1·740		Benzosol 3 grm. dz.
2	1300	1·030	0 06	0 884		
3	1900	1·028	0 06	1·254		
6/IV	3600	1·023	3·090	111 240		od 5/IV podaw. tylko Salipyrynę 3 grm. dz.
7	1850	1 025	1 511	27 935		
8	1650	1·030	0 971	16 021		
9	1860	1·031	2·266	42·147		
10	2200	1·030	1·511	33·248		„
11	3300	1·028	2·31	76·230		„
13[1])	3400	1·037	2·636	89·62		„
16	4100	1 036	4·726	198·492		„
19	4200	1·035	3 600	151·200		„
20/IV	4100	1 039	6·500	265·5		Salip. 3 gr. Benzosol 3 grm. dz.
21	3400	1·031	5 200	176 8		
22	1300	1·035	2·04	26·52		
25	2600	1·032	0·428	11·128		„
27	2200	1·033	0·267	5 874		„
30	2000	1·032	0·190	3 800		„
2/V	3000	1·030	0·228	2·200	znaleziono cukerki u chorego od 19/V do 23/V mięszana mięsna	„
8	1100	1·030	0·56	2·100		„
12	2000	1·025	0·322	2·500		„
18	2000	1·027	0·200	4·000		„
22	2830	1·037	0 350	9·800		benzosol wzięto
23	2250	1·029	0·260	5·740		
28	4780	1 032	0 960	46·098		benzosol 3 grm. dz.
7/VI	—	1 031	0 75	—		

[1]) Badanie przeprowadzano codziennie, jednak dla nieznacznego wahania w liczbach niektóre dnie opuszczam.

D. 7 czerwca przerwano dalszą obserwacyę, gdyż chory był zmuszony klinikę opuścić.

Jak z poprzedniéj tak i z téj tablicy możemy te same wnioski wysnuć. Mamy bowiem przy dyjecie mięszanéj bez podawania benzosolu wahania w ilości moczu od 2200 do 4700 ctm. sz., w ciężarze gatunkowym od 1·034 do 1·038, w odsetku cukru od 2·083 do 3·875%. Przy dyjecie mięsnéj bez benzosolu ilość moczu wahała się od 1700 do 3900 ctm. sz., ciężar gatunkowy od 1·033 do 1·037, odsetek cukru od 1·200 do 4·651%,

*Przy dyjecie mięsnéj z podaniem benzosolu waha się ilość moczu między 2000 a 1000 ctm. sz., ciężar gatunkowy między 1·0*3*5 a 1·027, odsetek cukru między 0·120% a 0·004%.* Po odjęciu benzosolu a zastósowaniu salipyriny przekonaliśmy się, że tak przy dyjecie mięsnéj, jakoteż mięszanéj cyfry znacznie się podniosły, bo ilość moczu do 4·200 ctm. sz., ciężar gatunkowy do 1·039, odsetek do 6·5%, aby po powtórnem podaniu benzosolu opaść, jak 30 kwietnia: w ilości moczu do 2000 ctm. sz., w ciężarze gatunkowym do 1.032, w odsetku do 0·190%.

Nie wątpię, że przy dalszem przestrzeganiu dyety mięsnéj i skrzętnem zażywaniu benzosolu odsetek cukru, jak poprzednio, zmalałby do 0·004%. Ciężar ciała 47 klg. w dniu przybycia opadł do dnia 29 marca na 45·5 kgr., potem przez cały przeciąg obserwacyi utrzymywał się ciągle prawie na téj wysokości.

Przy wyjściu z kliniki mogliśmy zauważyć, iż luszczenie skóry zmniejszyło się, odżywienie poprawiło, chory wprawdzie nie czuł się zupełnie zdrowym, jednak znacznie silniejszym, niż w chwili wstąpienia do kliniki.

Przypadek III. A. M. D., lat 28, licho odżywiony, budowy wątłéj podaje, że jest od 8 miesiący chorym. Badanie wykazało skórę szorstką, suchą, łuszczącą się, szczyt prawy niżéj ustawiony, zwiększoną pobudliwość mechaniczną mięśni, popęd płciowy osłabiony, zęby chwiejące się, brzeg śledzony macalny, wątrobę powiększoną, rozstrzeń żołądka, niedomogę wydzielniczą i mechaniczną tegoż, zniesienie odruchów kolanowych. Ilość hemoglobiny 40%. Pragnienie bardzo zwiększone. Badanie moczu codziennie od 3 maja do 29 czerwca 1892 r. przedsiębrane wykazuje białka brak, chlorki prawidłowe, oddziaływanie kwaśne, acetonu mały ślad, zresztą:

Dnia	Ilość moczu	C. g.	% cukru	Ilość cukru na dobę w gr.	Dyjeta	Leczenie
3/V	6200	1·032	7·60	471·0	mięszana	bez leczenia
4	6500	1 032	6·67	436·0		
5	5040	1·034	6·50	325·0		
8	8500	1·032	7·00	595·0		
9/V	8500	1 029	5·60	476·0	mięsna	
10	8050	1 032	6 23	500·0		
13	6000	1·029	3·22	193·0		
16	5300	1 031	3·42	181·0		
17	4700	1 030	2 23	151·0		
19/V	4000	1·023	2·42	96 00		Benzosol 3 grm. dz.
20	4679	1·027	1·25	58·00		
21	4000	1·030	0·29	11·60		
23	4360	1 026	0·25	11·30		
26	2950	1·024	0·24	6·96		
17/VI	3500	1·031	0 28	9·80		Benzosol usunięto
23	6000	1 028	0·24	14·40	mięszana	
27	6100	1·031	0·60	36·60		

Z tego widać, że największe liczby przypadają na dyetę mięszaną bez benzosolu, i to ilość moczu od 8500 do 5040 ctm. sz., ciężar gatunkowy od 1 034 do 1·032, odsetek cukru od 7·68 do 6·5%. Mniejsze są wahania przy dyjecie mięsnéj, a mianowicie w ilości moczu od 8500 do 4700 ctm. sz., w ciężarze od 1 032 do 1 029, w odsetku cukru od 6·23 do 2·23%.

Najmniejsze cyfry wykazuje czysta dyeta mięsna w połączeniu z benzosolem, bo w ilości moczu od 6 100 do 2900 ctm. sz., w ciężarze gatunkowym od 1 031 do 1 028, w odsetku od 1·25 do 0·14 gr.

Jeżeli więc porównamy dzień wstąpienia do kliniki, w którym badanie wykazuje utratę cukru na dobę 471 gr. i przeciętną liczbę wykazującą utratę cukru na dobę t. j. 300·5 gr. *z dniem ostatnim, w którym chory benzosol zażywał,* tj. 17 *czerwca, wykazującym ubytek cukru* 9·8 grm. *na dobę; zestawienie to będzie najwymowniejszym dowodem działalności i skuteczności benzosolu* w tym przypadku. Potwierdzenie tego znajdziemy i w przybytku na wadze. W dniu przybycia chory 46 klg., ciężar następnie opada na 44·800 klg. w dniu 17/5; 25 maja zanotowano w historyi choroby 46.400 klg, a 12 czerwca waga ciała wynosi 47·750 klg. i utrzymuje się nadal na téj wysokości. Przybyło więc chorego blisko 2 klg. na wadze. Badanie przedmiotowe w dniu wyjścia świadczy również o skuteczności benzosolu; skóra nie łuszczy się zupełnie, pragnienie znacznie mniejsze, łaknienie w granicach naturalnych, chory przedmiotowo czuje się zupełnie zdrowym. Rysy twarzy przedtem zaostrzone zmieniły się, twarz się zaokrągliła.

Przypadek IV. S Cz., lat 16, przebywał krzywicę; choroba obecna rozpoczęła się w kwietniu 1892 r. od bólu w kolanach, silnego pragnienia, suchości w gardle i zwiększenia apetytu, graniczącego z żarłocznością. Badanie przedmiotowe wykazuje hemoglobiny 68%, budowę wątłą, skórę suchą, cienką, tkanki tłuszczowéj prawie brak zupełnie, zmiany krzywicowe na czaszce i na klatce piersiowéj, przytłumienie w obu szczytach od tyłu, po prawéj stronie w szczycie rzężenia drobnobańkowe niedźwięczne, po lewéj szmer chuchający, przerost serca lewego, zaostrzenie drugich tonów nad tętnicami, wzdęcie brzucha, rozdęcie pęcherza moczowego, zmniejszenie odruchów kolanowych ścięgnistych, przy chodzeniu ból w mięśniach łydkowych. Ciepłota niepodwyższona, tętno 100.

Mocz barwy winowo-żółtéj, przeźroczysty, oddziaływanie kwaśne, chlorki prawidłowe, białka brak, a co do ilości ciężaru gatunkowego i cukru:

Dnia	Ilość moczu	C. g.	% cukru	Ilość cukru na dobę w gr.	Dyjeta	Leczenie
15/VI	3500	1·035	2 80	98 0	mięszana	bez leczenia
19	8000	1·033	2·25	180 0		
21	7600	1·028	3·35	245·0		
25	5000	1·024	1·68	84·0	mięsna	
29	3000	1 026	3·50	105 0		Benzosol 3 grm. dz.
1/VII	2800	1·025	2·42	67·76		
3	4000	1·026	2·341	94·64		
5	3250	1·029	3 00	91·50		
7	4500	1·025	1·13	50 85		
9	2900	1·027	1·00	29.0		

D. 9 lipca z powodu zamknięcia kliniki dalszą obserwacyję przerwano.

Zanadto krótko przebywał chory w klinice, wahania zaś co do odsetku cukru podczas dyety mięszanéj i mięsnéj były tak znaczne, że ażeby oznaczyć przeciętną ilość moczu i cukru przy podawaniu jednéj i drugiéj pozostało tylko 10 dni czasu na podanie benzosolu.

Możnaby nie przywiązywać żadnéj wagi do odsetka 1%, do zmniejszonéj ilości moczu i ciężaru gatunkowego w dniu opuszczenia kliniki, gdyby nie wzgląd na wagę ciała. W dniu przybycia wynosił ciężar ciała 28 300 klg., do dnia 28 czerwca opadł o 500 gr. odtąd wśród benzosolu się podnosi o 1·400 gr. tak, że chory wychodząc z kliniki zyskał na wadze 900 gr.

Jeżeli zestawimy przybytek ciężaru z badaniem moczu, a uwzględnimy wejrzenie chorego, w każdym razie lepsze, będziemy musieli podobnie jak w przypadkach poprzednich poprawę odnieść do zadziałania benzosolu.

Omówiwszy cztery przypadki kliniczne, w których tak dyeta, jakoteż leczenie było pod ścisłym nadzorem, przedstawię teraz cztery przypadki leczone ambulatoryjnie, w których podawano benzosol po większéj części dla braku kontroli przy dyjecie mięszanéj, badanie zaś chemiczne ograniczano tylko do oznaczenia własności ogólnych moczu, obliczenia odsetka cukru i białka, jeżeli takowe mocz zawierał. I w tych przypadkach odniosło podawanie benzosolu należyty skutek, a w 2 nawet zdołało usunąć choć może nie na zawsze, jednak na czas pewien, cukier gronowy z moczu.

Przypadek V. L. S., w roku 1887 poddał się operacyi kolosalnego karbunkułu (prof. Mikulicz). W moczu stwierdzono wtedy 6—7% cukru. Po *natr. salic. cum opio* ilość cukru zmalała, w kilka miesięcy zaś pojawiło się białko. Leczenie w Karlsbadzie usunęło na krótki czas białko i cukier.

Z początkiem maja b. r. zgłosił się do kliniki.

Badanie wykazało przedwczesne wejrzenie starcze, budowę wątłą, skórę suchą, rozlegle blizny na plecach po operacyi wąglika, miażdżycę tętnic obwodowych, przerost serca, nacieki gruźlicze w szczytach, szczególnie po stronie prawéj, utratę sił w wysokim stopniu.

Mocz: c. g. 1·016, jasny, oddziaływanie kwaśne, białko w pokaźnéj ilości (0·26%), cukru 2·667%, chlorki prawidłowe, aceton wyraźny.

Wśród dyety mięsza·éj i używaniu 3 gr. benzosolu dziennie przebieg był następujący.

Dnia	C. g.	% cukru drog. chem.	% potar.	% Białka	Dyjeta	Leczenie
5/V	1·0,6	2·667	2·2	0·26	mieszana	Benzosol 3 gr. dz.
6	1·020	1·250	1·2	—		
7	1·017	1·390	1·3	—		
8	1·017	1 217	1·1	0·15		
9	1·017	0·622	0·2 w lewo	0 26		
11	1·016	0·350	0·9	—		
14	1·016	0·084	0·5	0·1		
16	1·015	0·076	0·4	0·09		
17	1·014	0·048	—	—		
18	1·014	0·004	0·1	—		Benzosol usunięto
19/VI	1·017	0·140	—	0·13		

Wnosząc z powyższéj tablicy, do benzosolu odnieść musimy widoczne polepszenie. Przechodząc rubrykę odsetek przekonywamy się przy oznaczeniu drogą chemiczną, że ilość cukru zmalała 18 kwietnia do 0·004%, zaś przy oznaczeniu przyrządem polaryzacyjnym cukier gronowy znikł już 10 kwietnia, od tego dnia począwszy mamy zwracanie się płaszczyzny polaryzacyjnéj ku stronie lewéj. Przypuścić więc musimy, iż albo cukier gronowy znikł zupełnie 11 kwietnia, a powyższe cyfry, a przynajmniéj cztery ostatnie, odnoszą się do kwasu będźwinowego, powstałego wskutek rozkładu benzosolu w jelitach, który wydalony moczem po zagotowaniu odtlenia również wodnik miedziowy, albo też, co jest mniéj prawdopodobnem, do lewulosy, ta bowiem daje reakcyę chemiczną cukrów, a skręca płaszczyznę na lewo.

D. 18 maja chory wyjechał i benzosolu nie zażywał, zapewne skutkiem tego po powrocie 19 czerwca badanie moczu wykazało zwiększenie się cukru do 0·140%, przytem zmiany gruźlicze powiększyły się a odżywienie podupadło.

(Dokończenie nastąpi).

II. Mleko wapienne jako środek desinfekcyjny.

Podał

Prof. N. Cybulski.

(Dok. Patrz Nr. 44).

Że to przypuszczenie nie jest nieuzasadnionem, mogę wskazać na doświadczenia pp. Manfrediego i Serafiniego (*Ueber das Verhalten von Milz-brand und Cholerabaccillen in reinem Quarz- und reinem Marmorboden. Arch. f. Hygiene* Bd. XI, str. 1), którzy wykazali, że w gruncie, złożonym z drobnego proszku marmuru, bakteryje choleryczne i wąglika rozwijają się o wiele energicznéj, niż wśród tych samych warunków w gruncie kwarcowym.

Mając przeświadczenie tak na podstawie powyższych badań przytoczonych autorów, jakoteż na podstawie chemicznych własności używanego środka, że desinfekcyja tego rodzaju nietylko nie przyniesie korzyści, lecz może sprowadzić niewątpliwą szkodę, bądź wskutek tego, że rzeczywiście zakażone miejsca publiczne nie zostaną należycie zdesinfekcyjonowane, bądz przez to, że niektórzy obywatele miast zaczną stosować ten środek nawet w tych przypadkach, w których żadna z komisyj by go nie zalecała, uważałem za stosowne przekonać się faktycznie o działaniu tego środka i w tym celu korzystając, że w naszem mieście także użyto mleka wapiennego do desinfekcyi rynsztoków, wykonałem następujące doświadczenie.

Zanotowawszy dokładnie godzinę, o któréj polano rynsztok mlekiem wapiennem, brałem po upływie 20 m. 3 i 5 godz. dokładnie wysterylizowaną łopatką błoto z rynsztoka do sterylizowanéj rurki probierczéj i następnie znanym sposobem wysiewałem na żelatynie. Dla porównania brałem do rurki sterylizowanéj także błoto z kilku sąsiednich rynsztoków nie polanych wapnem i również wysiewałem na żelatynie. Badania te uskuteczniłem w pracowni bakteryjologicznéj prof. Rydygiera. Ponieważ dokładne oznaczenie ilości użytego do badania błota wobec zanieczyszczenia go wapnem było niemożliwe, zmuszony byłem ograniczyć się jedynie do badań jakościowych. Brałem więc na oko za pomocą uszka drucika platynowego małą ilość błota, przenosiłem je do żelatyny w jednéj rurce probierczéj, z téj przenosiłem pewną małą ilość (10 razy zanurzałem drucik) do drugiéj, z téj w końcu do trzeciéj. W ten sposób otrzymywałem trzy rozcieńczenia, czyli 3 numery mięszaniny; następnie po dokładnem wymięszaniu wylewałem żelatynę na płyty i pozostawiałem w ciepłocie pokojowéj. Już na drugi dzień na wszystkich płytach bez względu na to, czy błoto było wzięte z rynsztoków desinfekcyjonowanych czy niedesinfekcyjonowanych, na wszystkich płytach można było stwierdzić gniazdka rosnących bakteryj, szczególnie na pierwszym i drugim numerze płyt; z nich niektóre rozpuszczały żelatynę nadając jéj przykrą śmierdzącą woń, inne żelatyny nie rozpuszczały, lecz tworzyły nie mniéj wyraźnie ograniczone kępy. W niektórych płytach zjawiały się także grzyby (pleśnie). Na 3. dzień wzrost bakteryj był zwykle tak znaczny, że pierwsze numera przedstawiały żelatynę prawie zupełnie rozpuszczoną, trzecie zaś były także zasiane wielką ilością rozmaitych gniazd bakteryjnych. Jakiejkolwiek różnicy między płytkami z błota desinfekcyjonowanego lub niedesinfekcyjonowanego stanowczo spostrzedz nie było można.

Fakt ten więc najdokładniéj stwierdził przytoczone wyżéj zdanie, że polewanie wapnem rynsztoków i placów

nie może mieć żadnego celu, ponieważ środek ten bynajmniéj nie jest w stanie zabić te niższe ustroje, które gnicie lub inne procesy rozkładowe substancyj organicznych wywołują.

Spostrzeżeniom powyższym można było jednakże zarzucić, że nie tyczyły się one bakteryj cholerycznych, których w danym razie błoto nie zawierało, które jednakże, gdyby się tam znajdowały, mogłyby być zabite. Ażeby i pod tym względem nabrać osobistego przekonania, powziąłem zamiar przeprowadzić podobne badania z błotem, zakażonem bakteryjami cholerycznemi. Na szczęście od tych nieprzyjemnych doświadczeń uwolnił mnie sam winowajca całéj téj desinfekcyi p. Pfuhl, który w Nrze 39 *Deutsche med. Wschrft* przytacza własne doświadczenie dokonane w tym samym celu. Podaję je bez tłomaczenia: „*Es war noch von Interesse zu erfahren, ob auch die Desinfection gelingt, wenn man die Kalkmilch nur zugiesst und nicht weiter durch Vermischen nachhilft. Bei der Ausführung dieses Versuches senkte sich die Kalkmilch sehr rasch an Boden und vermengte sich nur theilweise mit dem Darminhalte. Nach einer Stunde war nur ein Theil der Cholerabaccillen abgetödtet, nicht ihre gesammte Menge. Dies war also ein Misserfolg*“. Doświadczenie to samego p. Pfuhla jest nietylko ważne z tego względu, że ostatecznie może przekonać rozmaite komisyje choleryczne, iż za daleko posunęły gorliwość w używaniu wapna; ale także z tego, że może służyć dla charakterystyki samego autora. Twierdzi on bowiem, że tylko część bakteryj cholerycznych została zabitą nie zaś cała ich ilość, nie podaje jednakże zupełnie, na jakiéj podstawie twierdzenie swoje opiera. Tymczasem byłoby rzeczą bardzo ważną dowiedzieć się od p. Pfuhla, w jaki sposób zabite bakteryje w wypróżnieniach wylanych na ziemię odróżniał od żywych, w jaki sposób całą ich ilość policzył, i jeżeli rzeczywiście się przekonał, że część ich była martwą, to z czego wnosi, że one zostały zabite mlekiem wapiennem, nie zaś zginęły od kwasów lub soli, które w ziemi mogły się znajdować? Jedno powyższe zdanie wystarcza zupełnie, aby ocenić autora. Twierdzenie autora, jakoby tylko część bakteryj pozostawała przy życiu, wobec sposobów badania, jakich mógł w tym przypadku użyć, jest jak najzupełniéj dowolnem.

Widzimy więc, że wogóle sprawa desinfekcyi mlekiem wapiennem opiera się tylko wyłącznie na doświadczeniach autora, który jak z jego ostatniéj pracy wnosić można, bynajmniéj na takie zaufanie nie zasługuje. Lecz gdybyśmy nawet przypuścili, że ta część doświadczeń Pfuhla, w któréj on podaje wyniki dodatnie, jest zupełnie zgodna z rzeczywistością, to i tak w praktycznem zastosowaniu jego doświadczeń posunięto się za daleko, zastosowano bowiem środek zalecony przez niego w taki sposób, do jakiego żadne doświadczenia nie upoważniły.

Wypada mi podnieść tu jeszcze jednę okoliczność. Do nowych doświadczeń zmusiły p. Pfuhla spostrzeżenia Eykmanna w Batawii, który miał się przekonać, że środek zalecany przez p. Pfuhla jest zupełnie nieodpowiednim nawet dla desinfekcyi świeżych wypróżnień cholerycznych. Tę różnicę w wynikach spostrzeżeń jednego i drugiego autora mogą nam do pewnego stopnia tłómaczyć badania Hüppego (*Berliner Wochenschrift* 1889), który podaje, że żywotność bakteryj cholerycznych jest zmienna, zależnie od okoliczności, wśród których one się znajdują. Jeżeli bakteryje choleryczne są w stanie anaerobitów, jak to np. ma miejsce prawdopodobnie w przewodzie pokarmowym człowieka, wtedy odporność ich jest bardzo słabą; żywotność ich przeciwnie stopniowo wzrasta z chwilą, jak one zostają pod wpływem wolnego dostępu tlenu tak, iż po kilku godzinach stają się w wypróżnieniach chorych cholerycznych o wiele odporniejszemi, niż w wypróżnieniach świeżych. Tem się tłomaczy prawdopodobnie i ten fakt, który zresztą prawie w każdéj epidemii był stwierdzony, a w roku bieżącym znowu szczególnie w Hawrze był obserwowany, że praczki, które dopiero po pewnym czasie mają do czynienia z bielizną, zanieczyszczoną bakteryjami cholerycznemi, ulegają zakażeniu daleko częściéj niż lekarze, którzy mają do czynienia z bakteryjami świeżemi. P. Gibert np. zwraca uwagę, że w ciągu tegoroczněj epidemii w Hawrze, we wszystkich pralniach w okolicy Hawru, dokąd przewożono nieodrażaną bieliznę, pojawiły się przypadki choleryczne. gdy zaś następnie burmistrz wydał zakaz przewożenia bielizny nieodwietrzanéj w desinfektorach, przypadki zasłabnięć praczek więcéj się nie powtarzały. Téj okoliczności, że żywotność bakteryj cholerycznych może być zmienna, p. Pfuhl zupełnie nie uwzględnił, tymczasem według mego zdania nie można wątpić, że wogóle i w kulturach sztucznych i w tych wypróżnieniach, które p. Pfuhl za pomocą kultur zakażał, odporność bakteryj była inna niż w przypadkach swobodnego rozwoju bakteryj na powietrzu, w gruncie lub w samych nawet wypróżnieniach. Zresztą ta niejednakowa odporność bakteryj przecinkowych jest znaną także z innych doświadczeń; np. pp. Canestrini i Morpugo oznaczając ciepłotę, która zabija bakteryje choleryczne w kulturach, znaleźli, że podczas gdy w starych kulturach laseczniki ginęły całkowicie już w ciepłocie 44°, młode musiały być ogrzane do 47° i wyżéj. Wiadomo także, że niektórzy inni autorowie twierdzą, iż dla zniszczenia bakteryj cholerycznych potrzeba je ogrzać nawet do 60°.

W końcu wypada mi jeszcze zaznaczyć, że p. Pfuhl stói na stanowisku, jakoby już żadnych wątpliwości nie było co do etyjologii cholery, tj. jakoby tylko lasecznik przecinkowy był wyłącznym sprawcą cholery, tymczasem zapatrywanie to do dzisiejszego dnia nie jest bynajmniéj powszechnie przyjętem. I np. jeszcze w r. 1890 Dr. Cunningham z Kalkuty (cyt. podług *Centrblt. f. Bakt.* 1891) ogłosił pracę, w któréj dowodzi, że w obserwowanych przez siebie przypadkach cholery znalazł nie jeden, lecz co najmniéj 10 rozmaitych gatunków, które bądź po kilka razem, bądz pojedynczo wywoływały wszystkie symptomata cholery. Do tego samego wniosku, że epidemija cholery zależy nie od jednego lecz kilku gatunków bakteryj, przychodzą także w Nrze 41 „Wracza“ Drowie Blokstein (z Baltimory) i Szubenko na podstawie swoich obserwacyj i doświadczeń w Baku podczas tegoroczněj epidemii. Podobne zapatrywania wypowiadają także i inni lekarze.

Mając to wszystko na względzie, sądzę, że na tę wyjątkową zdolność bakteryj cholerycznych umierania od tak niewinnego środka, jakim jest wodnik wapniowy, trzeba się zapatrywać z wielką ostrożnością. Badania Pfuhla bynajmniéj nie mogą zachwiać tego przekonania, które już od dawna w nauce istnieje, że wapno nie gaszone lub gaszone jest bardzo słabym środkiem desinfekcyjnym i że go można użyć tylko w wyjątkowych przypadkach i w ściśle określonych warunkach, tam zaś gdzie trzeba energicznie działać i walczyć z inwazyją nieproszonego gościa, trzeba używać tylko

środków, co do których nie może być żadnej wątpliwości. Takiemi są, naprzykład, zastosowane obecnie w Petersburgu ogrzewania wypróżnień cholerycznych chorych do ciepłoty wrzenia w ciągu 1—2 minut, takiemi są zresztą sublimat i kwas karbolowy w odpowiedniem rozcieńczeniu i wiele innych.

Co się tyczy specyjalnie kwestyi desinfekcyi rynsztoków, to sądzę, że daleko większe znaczenie miałoby utrzymanie czystości, niż polewanie wapnem, które, jak widzieliśmy wyżej, bynajmniej procesów rozkładowych zatrzymać nie może. Byłoby niewątpliwie o wiele korzystniej, gdyby nawet w miastach nie posiadających wodociągów, lecz o ulicach jako tako brukowanych, w razie wzmożenia się epidemii codzienne przemywanie rynsztoków wodą, co wobec faktu, że prawie na każdem podwórzu znajdzie się studnia, nie byłoby rzeczą trudną, a miałoby przynajmniej ten dodatni rezultat, że rynsztoki byłyby rzeczywiście czyste, gdy tymczasem obecnie pod warstwą białego wapna kryją się całe pokłady gnijącego błota a w niem nieskończona ilość żywych bakteryj.

Tak się przedstawia sprawa desinfekcyi mlekiem wapiennem.

III. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

10. Stanisław Zieliński, lat 6, przyjęty 13 grudnia 1879. Choroba trwa od dni czterech i rozpoczęła się silnym bólem głowy, zaparciem stolca i bezsennością. Wymiotów całkiem nie było.

Dobrze odżywiony, na skórze blizny po ospie, którą przebył przed rokiem. Gruczoły karkowe drobne, twarde. Prócz przytłumionego odgłosu wypukowego po stronie lewej kręgosłupa między nim a łopatką a braku w tem miejscu szmerów oddechowych, nic w klatce piersiowej nieprawidłowego wykazać nie można. Brzuch zapadły, nie bolesny, śledziona niemacalna. Chory senny, na czole zmarszczki, lewa powieka górna opadła, chwilami zez zbieżny, lewa źrenica szersza. Zgrzytanie zębami. Ciepłota w. 38·2, tętno 100. Badanie moczu wykazuje silnie zwiększoną ilość kw. moczowego, barwików i fosforanów, małą ilość białka a bardzo znaczną ilość fosforanu wapniowego zasadowego.

14 grudnia c. r. 38·0, c. w. 38·6. Napół tylko przytomny, krzykliwy, rysy prawej połowy twarzy zamazane.

Do dnia 19 stan ten sam, ustawiczne zaparcie stolca, brak jednak wymiotów, wykrzykiwanie, niepokój, bezsenność, mienienie się twarzy. Tętno wolniejse, ze 100 schodzi do 60 uderzeń, tylko przy podnoszeniu głowy o wiele szybsze. Ciepłoty ranne 38·0 wieczorne 38·2
„ 37·6 „ 38·0
„ 37·2 „ 37·6
„ 38·2 „ 37·2

19 grudnia c. 37·6 „ 37·8, tętno zaś 140 do 162. W szczycie płuca prawego wdech nieoznaczony, wydech huchający. Przed północą jeden napad drgawek ogólnych blisko godzinę trwający.

20/XII c. r. 38·5, tętno 136. Kontraktury kończyn tak górnych jak i dolnych, skurcz mięśni karkowych, nieckowate zaklęśnięcie brzucha. Źrenice obie silnie rozszerzone, reakcyja na światło bardzo leniwa. Połykanie bardzo trudne. Stłumienie odgłosu wypukowego nad całym szczytem płuca prawego. C. w. 37·8.

21/XII c. r. 37·2, c. w. 36·4.

22 c. r. 37·0, w. 36·8. O godzinie 3 nad ranem słabe drgawki kończyn górnych.

23 c. r. 36·4, w. 37·0. Drżenie wszystkich członków.

24 c. r. 36·1. Wśród słabych drgawek umarł o godz. 5½ po południu.

Sekcyja wykonana 26 grudnia wykazała: *Leptomeningitis basilaris tuberculosa acuta sbsq. hydrocephalo interno acuto, tuberculosis utriusque pleurae, pulmonum et hepatis miliaria. Catarrhus intestini tenuis, hyperplasia glandul. mesaraicarum.*

W przypadku tym zwracało uwagę przedewszystkiem całkiem dobry stan odżywienia, dalej brak w ciągu całej choroby wymiotów, stopniowe obniżanie ciepłoty i brak nawet podwyższenia przedśmiertnego, słabe i rzadkie ataki drgawek, nieznaczne objawy podstawowe. Pod względem anatomiczno-patologicznym odznacza się przypadek ten brakiem ogniska serowatego czy to w gruczołach, czy płucach, czy gdzieindziej a tylko nielicznie rozsianemi świeżemi gruzełkami drobnemi na opłucnych, w płucach i wątrobie. Badanie dna oka wziernikiem w dniach 15 i 17 grudnia nie okazało jeszcze nic nieprawidłowego, w dniu zaś 21 stwierdzono tylko zmiany odpowiadające tarczy zastoinowej.

11. Helena Siedlakówna, lat 2, przyjęta 10 stycznia 1880. Źle odżywiona, na skórze czyraki, gruczoły powiększone twarde. Nad szczytem płuca prawego wypuk stłumiony, wdech nieoznaczony, wydech słabooskrzelowy, w reszcie płuca wdech pęcherzykowy, wydech słyszalny pokryty rzężeniami i furczeniami. Serce prawidłowe. Brzuch duży, wzdęty, śledziona powiększona, gruczoły pachwinowe liczne, przerosłe. Trawienie prawidłowe. Ciepłota wieczorna 37·6.

12 stycznia. Wśród dnia miała dwa razy krótkotrwałe ataki drgawek w odstępach kilkugodzinnych. Pierwszy raz obejmowały drgawki mięśnie twarzy i kończyn górnych, drugi raz ograniczył się atak tylko do silnego wywrócenia gałek ocznych na stronę prawą i do *nystagmus.* Po napadach, trwających tylko po kilka minut, powrócił zaraz stan dawniejszy, c. w. 38·2.

13/I. Mocz badany nie okazywał ani śladu białka. Ciepłota r. 37·2, c. w. 38·7. Tętno spokojne. Dziecko bawi się i je z apetytem.

14. Stan taki sam, ciepłota ranna 47·0, ciepł. wieczorna 38·2, tętno 68.

15. Jednorazowe, dość długie skurczowe ustawienie gałek ocznych ku stronie prawej, c. w. 38·8, tętno 72.

16 i 17 nic nowego nie zaszło, stan płuc ten sam, w trawieniu zaburzeń niema; ciepłoty ranne 36·8 i 37·4, wieczorne 38·5 i 38·8. Dopiero 18 ku wieczorowi znów napad drgawek górnej połowy ciała, potem wzrok wystraszony, nieprzytomność, wykrzykiwanie.

19 po południu wśród drgawek umarła.

Sekcyja wykonana 21 stycznia wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsq. peribronchitide caseosa lobi superioris dextri pulmonis et tuberculosi miliari pulmonum, hepatis, lienis nec non meningitide tuberculosa. Hyperplasia glandularum mesaraicarum.*

Przebieg zapalenia opon w przypadku powyższym odróżnia się pod bardzo wielu względami od przebiegu typowego. Według podania matki, szwaczki, nie okazywało dziecko w domu żadnych objawów gastrycznych przed oddaniem do szpitala, jedynemi objawami chorobowemi były tylko kaszel, gorączka wieczorna i chudnienie. Podczas 9 dniowego pobytu w szpitalu nie zauważono ani razu wymiotów, stolec nie był zatrzymany, brzuch przez cały czas był wysklepiony, wzdęty, nie było śpiączki, niepokoju, wykrzykiwań i bezprzytomności, jak dopiero w dniu przedostatnim we 24 godzin przed śmiercią. Jedynym wyłącznie objawem zwracającym uwagę na możliwość cierpienia mózgowego były drgawki w dniach 12, 15 i 18 stycznia. Drgawki te jednakowoż tak pod względem długości trwania, jak i swej postaci i natychmiastowego powrotu dziecka do stanu poprzedzającego o wiele więcej miały cechę drgawek samoistnych (*eclampsia*), aniżeli drgawek objawowych cierpienia

anatomicznego. Dopiero w dniu ostatnim pouczyły nas i inne objawy, że mamy do czynienia z zapaleniem opon.

12. Wiktor Morgenstern, lat 10, przyjęty 23 marca 1880. Przed rokiem przebył ciężkie zapalenie płuc. Od lat trzech cierpi na padaczkę, napady występowały tylko rzadko po silnych wzruszeniach. Obecna choroba rozpoczęła się przed 14 dniami brakiem apetytu, bólem głowy, zatrzymaniem stolca i napadem padaczkowym. Potem przybyły wymioty, nieregularne a znaczne podwyższenia ciepłoty, rozdrażnienie i drgawki.

Status praesens: Kościec prawidłowy, stan odżywienia dobry, podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięta, na skórze występują bardzo łatwo przy ucisku plamy Trousseaua, mięśnie jędrne. Błona śluzowa ust i dziąseł żywo czerwona, na wardze górnéj dwa pęcherzyki wyprysku (*herpes*), język czerwony, wilgotny. Powieki wpół przywarte, źrenice wąskie, gałki oczne skurczowo ku stronie lewéj skierowane, chwilami *nystagmus*. Bezprzytomność zupełna, chory nie oddziaływa na żadne bodźce zewnętrzne. Lewa połowa ciała w ciągłych drgawkach przerywanych, na kończynie prawéj górnéj tylko drżenie mięśniowe, dolna zaś spokojna, odruchy podeszwowe prawidłowe, odruchy ścięgniste obu podudzi zwiększone. Czucie upośledzone. Pod obojczykiem lewym odgłos wypukowy stłumiono bębenkowy, z tyłu zaś krótszy ponad obydwoma szczytami płuc. Oddech przyspieszony, przerywany, pokryty rzężeniami grubemi tchawicowemi. Uderzenie serca rozlane, wymiary prawidłowe, tony czyste, rytm nieregularny. Tętno prawie nie przyspieszone, przepuszczające. Brzuch miernie wysklepiony, przeczulicy niema, śledziona i wątroba nie powiększone, nieco kruczenia nad kiszką ślepą, lecz nawet przy głębokiem bardzo uciskaniu nie widać, żeby się chory krzywił. Gruczoły pachwinowe nieco przerosłe i twardsze. Ciepłota 37·8. Tężec karkowy miernego stopnia. Wśród badania oddał mocz i stolec pod siebie. W moczu białka niema, chlorki prawidłowe, moczany w ilości zwiększonéj, podobnie fosforany.

Po południu o godzinie 5: ciepłota 38·8, tętno 96. Nieprzytomność trwa daléj, zgrzytanie zębami, wypieki na obydwóch policzkach. Na twarzy, a szczególniéj czole, pot kroplisty. Skóra reszty ciała również przekrwiona, różowa. *Nystagmus* i kurczowe ustawienie gałek daléj się utrzymuje, źrenice nierówne, lewa dwa razy tak szeroka jak prawa, lewy kąt ust obwisły. Oddech głośny przyspieszony, charczący. Drgawki opuściły lewą połowę ciała, tylko jeszcze na kończynie górnéj występują słabe drgawki toniczne, przyczem kciuk chowa się w dłoni przy zaciskaniu palców. Kończyna dolna nie wykonywa przy łechtaniu podeszwy tak silnych i prędkich odruchów jak rano i jak obecnie jeszcze kończyna prawa. Natomiast na kończynach prawych drgawki kloniczne i toniczne. W dolnych częściach płuc liczne rzężenia. Brzuch nieckowato się zapada. Połykanie odbywa się jeszcze dość dobrze. Wymiotów nie było.

24 ciepłota ranna 39·1, tętno 120—140, bezprzytomność ciągła. Tor oddechowy Cheyne-Stokesa. Toczenie piany z ust i ciągłe ślinienie. Drgawki ustały i pozostało tylko lekkie drżenie wszystkich mięśni. Źrenice obie znacznie rozszerzone nie oddziaływają na światło. Na skórze brzucha bardzo obfita potówka, *miliaria crystallina*; pęcherz moczowy wypełniony, stolca nie było. Uwagi godną jest ta okoliczność, iż przy odwiedzeniu chorego przez ojca i odezwaniu się do niego głośnem wystąpiły ruchy skurczowe mięśni twarzy, zwłaszcza koło ust i oddech się przyspieszył jak przy łkaniu. Wieczorem o godzinie 5: Drgawek ani drżenia więcéj nie ma, porażenie zupełne prawéj połowy ciała, odruchy całkiem zniesione. Źrenice obie bardzo mocno rozszerzone, gałek ocznych można dotykać się palcem bez wywołania odruchów. Piana wciąż z ust się toczy. Oddech kurczowy, załapywanie powietrza, charczenie. Tętno niezliczalne, ciepłota 41·5. O godzinie 5½ chory życie zakończył.

Sekcyi w przypadku tym nie wykonano, rozpoznanie jednak nie ulega żadnéj wątpliwości; ciekawem byłoby tylko skonstatowanie, czy owe napady padaczkowe nie stały w jakim związku bliższym z powstaniem zapalenia opon, t. j. czy chory nie cierpiał czasem na gruźlicę a raczéj guz gruźliczy mózgu, którego każdorazowe powiększanie się objawiało się napadem padaczkowym i który dał wreszcie sposobność do powstania zapalenia opon. Przemawiałoby za tem także i rozpoczęcie się zapalenia bólem głowy i napadem padaczkowym, jakoteż wybitne drgawki połowicze. Podobny przypadek rozpoczynający się również od napadu padaczkowego opisał H e n o c h.

13. Róża Silbermann, lat 3½, przyjęta 26 kwietnia 1880. Matka chora na gruźlicę płuc. Dziecko dotychczas miało być zdrowem. Od dni kilku ma miewać napady zimnicze.

Badanie w dniu 27/IV okazuje: Kościec prawidłowy, stan odżywienia dość dobry. Na skórze twarzy, grzbietu, piersi i na kończynach wysypka częścią plamista, częścią guzkowa, ustępująca tylko niezupełnie pod uciskiem palca, blado-czerwona o postaci drobnéj nieregularnéj, gdzieniegdzie zlewająca się. Skóra brzucha wolna. Błona śluzowa spojówek blada, na podniebieniu twardem plam niema, podniebienie miękkie i przełyk prawidłowo zabarwione. Nieżytu nosa niema. W płucach zmian niema, wymiary i tony serca prawidłowe. Brzuch wielki, wątroba i śledziona powiększone, brzegi wymacalne miękkie. Kruczenie nad zatoką biodrową prawą. Rozwolnienie. Ciepłota ranna 37·3, wieczorna 37·8.

28/IV ciepłota ranna 38·8, wieczorna 39·4. Wysypka obfitsza, słabe zaczerwienienie podniebienia, głos nieco ochrypły, czasem kaszle krótko. Gruczoły podszczękowe obrzękłe. Stan chorobowy odpowiada już wysypce odrowéj, czego w dniu pierwszym nie było. W moczu białka niema, moczany w ilości zwiększonéj.

29/IV c. r. 38·0, w. 37.3. Wysypka blednie, kaszel.

30/IV rano stan bezgorączkowy. Z tyłu po stronie lewéj około kąta łopatki wypuk krótszy, podczas wdechu drobniutkie rzężenia, wysypka tylko jeszcze na udach widoczna. Wieczorna ciepłota 39·0, w y s y p k a w y s t ą p i ł a p o n o w n i e i t o w s t o p n i u s i l n i e j s z y m, na wardze dolnéj po stronie prawéj ukazał się guzek czarnéj barwy, twardawy.

1/V c i e p ł o t a r a n n a 35·1, wysypka w ciągu nocy zbladła, z guzka na wardze utworzył się pęcherzyk o zagłębieniu środkowem; c. w. 36·8.

2/V kaszel, wypiek na policzku prawym, rozpad pęcherzyka i utworzenie się wrzodu, c. r. 36·6. W płucu lewem bardzo wiele drobnych rzężeń. Brak apetytu.

3/V c. r. 37·0, c. w. 39·4. Z wrzodu powstała dziegna (*stomacace*).

4/V c. r. 37·0, w. 37·0. Otok z przewodu słuchowego lewego, kaszel częsty.

Od dnia 5 do 11 stan ten sam, chora chudnie, kaszle dość wiele, ciepłota tak ranna, jak wieczorna waha się tylko pomiędzy 36·5 a 37·8. Apetyt wraca.

11/V. Odgłos wypukowy po stronie lewéj od tyłu i u dołu stłumiony, odporność znaczniejsza, oddech słabo słyszalny, podczas głębokiego wdechu trzeszczenia, c. r. 37·0, w. 38·5. W moczu śladzik białka.

12/V c. r. 36·5, w. 37·5, rozwolnienie, ślady łuszczenia na twarzy.

13/V c. r. 37·0, w. 38·6. Po stronie lewéj w pasze odgłos wypukowy przytłumiony, oddech oskrzelowy, w szczycie płuca prawego z tyłu skrócenie odgłosu wypukowego. W moczu ślad białka dobrze spostrzegalny, w osadzie składników morfologicznych niema.

14/V stan ten sam, w ciągu dnia 10 stolców odbarwionych, wodnistych.

15/V c. r. 38·0. Ponad całem lewem płucem oddech oskrzelowy, po stronie prawéj z tyłu wydech słabo oskrzelowy, rzężeń znacznie mniéj, ciepłota wiecz. 38·6, stolców 9.

16/V. Ospałość, brak apetytu i humoru, c. r. 37·0, tętno jednak bardzo nikłe, wychudnienie jeszcze znaczniejsze. Chora ze snu się zrywa.

17/V stan ten sam, wymioty.

18/V. Chora leży apatycznie, pół tylko przytomna, od czasu do czasu wzdycha głęboko i jęczy. Czoło zmarszczo-

ne, powieki szeroko rozwarte, spojrzenie oczu groźne, źrenice to wąskie, to szerokie, *nystagmus oscillatorius.* Tężec karkowy, nieckowate zaklęśnięcie brzucha, c. r. 36·8.

W stanie tym zabrana ze szpitala przez rodziców. Po dniach kilku zgłasza się matka po kartkę śmierci i donosi, iż dziecko jeszcze w ten sam dzień dostało gwałtownych drgawek a po kilku dniach zmarło po kilkakrotnych drgawkach i zapadzie ogólnym.

14. Michalina Sechorówna, lat 5, przyjęta 25 maja 1880. Kościec prawidłowy, odżywienie dobre, cera blada, błony śluzowe blade. W narządach klatki piersiowéj zmian niema. Brzuch zaklęśnięty, wątroba i śledziona prawidłowe. Zaparcie stolca, brak apetytu, ból głowy. Powieka górna oka lewego opada, źrenice miernie rozszerzone oddziaływają na światło leniwo. Przytomność zachowana. Stan bezgorączkowy.

26/V c. r. 38·2, w. 38·5, tętno nieregularne.

27/V c. r. 37·0, w. 38·5. Apatyja, ból głowy, zez zbieżny chwilowo, wzrok niepewny, źrenice szerokie. Wymioty. Zgrzytanie zębów.

28/V. W nocy zrywała się ze snu. W ciągu dnia zabrana przez rodziców do domu. O dalszych losach dowiedzieć się nie mogliśmy.

15. Wincenty Gądek, lat 5$^1/_2$, przyjęty 22 lipca 1880. Czaszka mała, na żebrach różaniec krzywiczy. Złe odżywienie, skóra sucha, brudno ziemista, brak małżowiny usznéj prawéj, którą w pierwszych miesiącach życia odgryzła choremu świnia. Gruczoły tak karkowe jak i pachwinowe bardzo liczne, drobne i twarde. Odgłos wypukowy ponad szczytem płuca lewego bębenkowy, oddech zaostrzony, w obu płucach liczne rzężenia różnobańkowe. Brzuch miernie wysklepiony, śledziona znacznie przerosła i twarda. Chory od urodzenia jest niemową i odznaczać się miał usposobieniem złośliwem.

23/VII ciepłota ranna 37·4, kaszel, stolca nie było, c. w. 39·0

24/VII c. r. 37·3, po zażyciu chininy wymioty, kilka stolców po oleju rącznikowym, c. w. 38·5.

25, 26 stan ten sam, c. r. 38·0 i 38·5, c. w. 39·0 i 40·0.

27/VII c. r. 38·5. Wypukiwanie stwierdza posunięcie się nacieku w szczycie płuca lewego ku dołowi, oddech tamże już oskrzelowy, w płucu prawem drobne rzężenia. Wieczorem wymioty, c. w. 39·0.

28/VII c. r. 39·0. Poniżéj kąta lewéj łopatki i nieco na wewnątrz oddech oskrzelowy, powyżéj drobne rzężenia, w pasze prawéj u dołu odgłos wypukowy krótszy, wdech zaostrzony, wydech chuchający, c. w. 39·5, tętno 112.

29 ciepłota jeszcze wysoka, c. w. 40·0 zaś 30 c. r. 37·8 a c. w. 37·0.

31/VII c. r. 37·6. Chory niespokojny badać się nie daje, krzyczy przeraźliwie, gniewa się i trzyma się ręką za głowę, c. w. 37·5.

I/VIII c. r. 37·0. W nocy i w ciągu dnia wymioty, stolca nie było; stan płuc ten sam. Brak apetytu, ospałość.

2/VIII c. r. 37·0. Chory nieprzytomny. Drgawki przerywane kończyn górnych zwłaszcza lewéj. Gałki oczne w ciągłym ruchu, to zez zbieżny, to rozbieżny. Oddech nieregularny, charczący, brzuch zaklęśnięty, gruczoły oskrzelowe z łatwością wymacać można: tętno zwolnione, 60 na minutę, jednak nieregularne, przy ruchach głową liczba znacznie się wzmaga. Palce sine. Wieczorem o 5 c. w. 38·5. Leży z powiekami wpół przywartemi, gałki oczne kurczowo ku stronie lewéj zwrócone, źrenice wąskie, *paresis facialis dextra, nystagmus.* Ustawiczne ruchy ustami jakby przy gryzieniu i mlaskaniu, drgawki ciągłe obu kończyn górnych i skubanie kołdry palcami ręki lewéj. Kończyna lewa dolna wyprostowana, stężona, prawie całkiem zgiąć się nie daje. Czucie i odruchy na obydwóch kończynach dolnych zmniejszone.

3/VII c. r. 38·5. Stan taki sam, źrenice szerokie oddziaływają tylko bardzo leniwo na światło, przykurczenia kończyn połowy lewéj, c. w. 40·3. Tor oddechowy Cheyne-Stokesa.

4 sierpnia o godzinie 4 rano umarł.

Sekcyja wykonana 4 sierpnia o godzinie 10 wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsq. infiltratione pulmonis sinistri tuberculosa, sbsq. meningitide basali tuberculosa recenti. Pneumonia lobularis dextra. Melanosis lienis et hepatis, hyperplasia glandul. mesaraicarum. Residua post catarrhum chronicum intestini tenuis.*

Na podstawie mózgu w sąsiedztwie nerwów wzrokowych nagromadzona mierna ilość wypociny zielono żółtéj trzęskiéj, przechodzącéj po części na opony w zatokach Sylwinsza, nadto tak w tych miejscach jak i w sąsiedztwie i na móżdżku rozsiane dość liczne gruzełki. Komórki mózgowe zawierają nieznaczną ilość płynu surowiczego nieco mętnego. Miąższ mózgu prawidłowy.

Zboczeń jakich dawniejszych lub wrodzonych tłomaczących niemotę chorego mimo skrzętnych poszukiwań nie wykryliśmy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chemija lekarska.

Griffiths: Nowy leukomain.

Od roku 1881, kiedy Armand Gautier wykrył zasady wytwarzane przez żywe komórki organizmu, wydzielające się z ustroju po części moczem, a nazwane przez niego leukomainami, zajęła się niemi chemia i poczęto poszukiwać je w moczach osób chorych. W ostatnich czasach wykazał G. w moczu epileptyków leukomain, silnie trujący, krystalizujący w białych skośnych słupkach, o składzie $C^{12} H^{16} N^5 O^7$. Leukomain Griffithsa daje biały osad w obec rozczynu sublimatu, żółty z azotanem srebrowym, podobnie i z kwasem karbolowym. Objawy zatrucia nim przedstawiają się jako drgawki, biegunki, parcie na mocz, rozszerzenie źrenicy, w końcu śmierć. G. uzyskał go w następujący sposób: znaczniejszą ilość moczu zalkalizowanego węglanem sodowym wytrawiał eterem w ilości równéj połowie ilości moczu roztrząsając dokładnie mięszaninę. Po odstaniu i odsączeniu, wstrząsał eter z rozczynem kwasu winowego, w celu utworzenia rozpuszczalnego winianu leukomainu. Teraz powtórnie alkalizował rozczyn eterowy węglanem sodowym i znowu wytrawiał eterem. Po wyparowaniu eteru, uzyskał leukomain w postaci osadu. (*Gazette médic. de Paris* Nr. 31 1892).

Dr. Wachholz.

Choroby oczne.

Lindsay-Johnson: Nowy sposób leczenia przewlekłéj jaglicy.

J. rozróżnia dwa rodzaje chronicznéj jaglicy; 1. *trachoma papillare,* w którem charakterystyczną cechą jest przerost brodaweczek, podczas gdy ziarna są niezbyt widoczne, 2. *trachoma folliculare,* niewłaściwie zwane *granulosum* o wybitnych ziarnach. Stellwag odróżnia jeszcze *trachoma mixtum,* gdzie obok znacznego przerostu brodaweczek widać téż dobrze i ziarna jaglicowe. Cechą jednak jaglicy, czy w jednej czy w drugiéj postaci występującéj są ziarna i jakkolwiek te w wielu przypadkach właśnie *trach. papillare* są niejako zagrzebane w obrzmiałéj i przerosłéj spojówce, jednak zawsze się znajdują. Sam przerost brodaweczek wywołać mogą rozmaite bodźce drażniące, jaglicę zaś zdaniem autora wywołują mikroorganizmy i to rozmaite ich formy.

Zgodnie z Raehlmanem dzieli chorobę na trzy okresy: I. tworzenie się i bujanie ziarn w spojówce, czemu może towarzyszyć już i łuszczka rogówkowa. II. zwyrodnienie tłuszczowe ziarn jaglicowych z następowemi wrzodami. III. okres wytwarzania się blizn.

Ze względu na leczenie najważniejszym jest I okres, gdyż tylko w tym okresie można uzyskać zupełne wyleczenie. Lecząc jaglicę, powinno się starać ułatwić ziarnom ustąpienie i sprowadzić takie zmiany, które niszczą energię mikroorganizmów czyniąc je przez to nieszkodliwemi. Małe korzyści dotychczasowego leczenia przypisuje temu, że używane środki powierzchownie tylko działają, bo nawet *adstringentia* nie wnikają w głąb powieki, zwłaszcza w za-

łamku, gdzie zazwyczaj ziarna najliczniéj są usadowione. Z drugiéj strony zbyt energiczne leczenie np. galwanokauterem może sprowadzić takie same blizny i kontraktury jak i samo *trachoma*.

Wychodząc z zasady, że elektroliza mogłaby usunąć ziarna jaglicowe i na przyczynę takowe wywołującą zadziałać, ulepszając z biegiem czasu sposób stosowania téjże na spojówce, podał wreszcie metodę operowania jaglicy, pozwalającą w głębsze części zajętéj spojówki wniknąć. Operacyja jest następująca: W przypadku *trach. chron.* lub *papillare* jak i *folliculare* w narkozie chloroformowéj odwija się powiekę górną na szpatułce kauczukowéj i napina spojówkę ostrym haczykiem, trzymając oba te narzędzia w lewéj ręce. W prawą rękę bierze się nożyk przez autora umyślnie do tego celu podany o trzech ostrzach obok siebie w jednéj linii umieszczonych, płytka ruchoma pokrywająca z boku ostrza daje się tak ustawić, że te dowolnie 2—4 mm. mogą wystawać, a zależy to od głębokości do jakiéj się chce naciąć spojówkę. Im jest większe rozpulchnienie i większe brodawki, tem należy głębiéj nacinać. Prowadząc następnie nożyk lekko łukowato od jednego kąta powieki do drugiego równolegle do brzegu powiekowego, zadaje się od razu w spojówce trzy równoległe do siebie cięcia, następne cięcie prowadzi się w ten sposób, że pierwszy brzeszczot wchodzi w cięcie zrobione poprzednio przez trzeci itd. W ten sposób napinając odpowiednio haczykiem spojówkę, żeby się załamek dobrze wywinął, otrzymuje się na całéj spojówce górnéj powieki od brzegu wolnego aż do miejsca gdzie spojówka powiekowa na gałkę oczną przechodzi cały szereg cięć równoległych wzdłuż powieki biegnących. Krwotok, który bywa przytem dość znaczny, tamuje się, uciskając wacikami zamaczanemi w kwasie borowym lub w rozczynie hydronaftolu 1:1100. Tę część operacyi, nie trwającą we dług autora dłużéj nad 3 minuty, powinno się odrazu wykonać na obu górnych powiekach, na dolnych zaś w kilka dni późniéj żeby nie wywoływać zbyt silnéj reakcyi. Obecnie przystępuje się do drugiego aktu operacyi: bierze się elektrodę zakończoną dwiema płytkami platynowemi i odwijając w ten sam sposób górną powiekę, wprowadza się każdą z płytek w jeden z dwóch sąsiadujących z sobą rowków w spojówce i przeciąga od jednego do drugiego końca powieki. Wśród tego widać, jak powstaje w rowkach dość gęsta pianka z powodu, że bańki wodoru wydzielającego się skutkiem elektrolizy mięszają się z krwią. W ten sposób przeprowadza się płytki przez wszystkie cięcia po kolei. Ten akt trwa 8—9 minut; krwotoku następowego nie ma się co obawiać, gdyż ten przez elektrolizę zostaje zatamowany. Prąd nie powinien być zbyt mocny (najlepiej około 30 miliamper.) gdyż mógłby zwęglić spojówkę, co wywołuje niepotrzebnie zbyt silny odczyn a późniéj grube blizny. W przypadkach gdy załamek bardzo rozpulchniony i zgrubiały, można połączyć tę operacyę z wycięciem paska spojówki w całéj długości załamka. W większéj liczbie przypadków wystarcza jednak sama co dopiero opisana operacya.

Po operacyi oczyszcza się dokładnie spojówkę obu powiek, zapuszcza 5% kokainę, posypuje kalomelem wreszcie smaruje maścią hydronaftolową z wazeliną (1:800), przykłada grube wilgotne kompresy i bandażuje. Gdyby wystąpiła silna reakcya, można zastosować okłady lodowe. W pierwszych 48 godzinach wydzielina zazwyczaj jest obfita, z którą wiele ziarn zostaje wydalonych. Drugiego lub trzeciego dnia następuje już polepszenie, a po tygodniu już ranka zwykle zupełnie zgojona. Po zabliźnieniu ranek poleca autor przemywanie codziennie ciepłym rozczynem kwasu borowego i smarowanie maścią hydronaftolową przynajmniéj przez trzy tygodnie. Jezeli operacya została wykonaną *lege artis*, to jednorazowa wystarcza. Trzeba przytem jednak uważać, aby elektrodą nie dotknąć rogówki, gdyż łatwo potem powstają niebezpieczne wrzody i ropnie. Istniejący już pierwéj wrzód rogówkowy jest przeciwskazaniem, trzeba wtedy czekać aż się wygoi.

W przypadkach *trach. folliculare* należy użyć prądu o połowę słabszego i krócéj, nacięcia też powinny być płytsze. Autor wykonał powyższą operacyę 96 razy w różnych okresach jaglicy, a niektórzy chorzy leczeni byli poprzednio bez żadnego skutku przez lat kilka. Po operacyi nie zauważył żadnych złych następstw z wyjątkiem dwóch przypadków, gdzie w jednym powstał wrzód rogówkowy, w drugim już istniejący poprzednio pogorszył się znacznie.

W drugim okresie jaglicy dobre też otrzymywał autor wyniki po posypywaniu spojówki kalomelem, smarowaniu maścią z hydronaftolu oraz przepłukiwaniu 2% rozczynem kwasu borowego. (*Arch. f. Augenheillk. B. XXII. H. I.*)

Dr. Langie.

Choroby kobiece.

Lihotzky (Wiedeń): **Ciąża ośmiomiesięczna, śmierć z zapalenia otrzewny przez przebicie jelita.**

Kobieta w ósmym miesiącu ciąży zmarła w drugiéj gynekologicznéj klinice w Wiedniu, wśród mocnego zapadu. Sekcya wykazała przebicie ramienia zstępującego okrężnicy przez łyżkę stołową. Na pół trzecia roku przedtem przyniesiono chorą do kliniki prof. Billrotha celem wydobycia łyżki wrzekomo połkniętéj. Gdy jednak chora była wówczas dotkniętą obłędem, uważano podanie choréj za urojone. Przez 2½ roku była zupełnie zdrową i dopiero będąc w 8 miesiącu ciąży z powodu tego zmarła. Być może że powiększona macica zgięła kątowato okrężnicę i w ten sposób ułatwiła przebicie tejże połkniętą łyżką. W każdym razie pouczającym jest ten przypadek, jak długo ciała obce bez objawów w przewodzie pokarmowym pozostawać mogą (*Centralbt. f. Gyn.* Nr. 26. 1892.)

Choroby umysłowe.

v. Hepperger: **Działanie** *duboisinum sulfuricum* **u obłąkanych.**

H. stosował *duboisinum. sulf.* w rozczynie 0·01:10 wody w postaci podskórnych wstrzykiwań jako środek uspakajający u obłąkanych. Z początku wstrzykiwał 7. przedziałek strzykawki i zwolna dochodził w każdym przypadku do dwóch strzykawek. Z doświadczenia jego wynika, że lek ten jest skutecznie uspokajającym, bo w ilości 1 do 1½ mgr. podskórnie użyty, znaczne uspokojenie a nawet sen u chorego sprowadza. Uspokojenie i sen nastają już w pół godziny po podaniu środka i trwają pierwsze od jednéj do 14 godzin, drugi od jednéj do 6 godzin. Gdy jednak *duboisinum* jest środkiem silnie trującym, należy w samym początku nie używać dawki wyższéj nad 1 mmgr. W 3—4 dni nastaje doń przyzwyczajenie, ale też z drugiéj strony odzwyczaja się ustrój od niego już po dwu do trzydniowem nieużywaniu leku. Objawy zatrucia przedstawiają się jako niepokój, drgawki kloniczne rąk i nóg, przyspieszenie tętna i oddychania, podniesienie się ciepłoty, wzwidywania wzrokowe. Takie same wyniki środkiem tym osiągnął Dr. Preisinger. (*Therap. Mon.* Nr. 8, 1892).

Medycyna sądowa.

Kříž: **Spostrzeżenia sądowo-lekarskie przy pożarze kopalni w Przybramie.**

K. jako jeden z lekarzy górniczych przedstawia w swéj pracy skutki strasznego pożaru, jaki w dniu 31 maja 1892 roku kopalnie w Przybramie nawiedził.

Na 319 górników, którzy życie swe przy klęsce téj postradali, zaledwie 3% tylko okazywało śmiertelne uszkodzenia przez upadek z wysokości i t. d. Główna część nieszczęśliwych uległa śmierci z zaczadzenia przez gazy w kopalni przy pożarze nagromadzone. Wielu górników dobyto w stanie rozmaicie ciężkiéj zamartwicy. Przy dobywaniu ich z podziemi okazywali zaczerwienioną twarz z obrzękłemi żyłami; barwa ta różowa w miarę trwania zarządzonego u nich metodą Sylwestra sztucznego oddychania, zmieniała się w siną, potem bladą. Na twarzach ich uderzał znaczny trzeszcz oczu; źrenice były w różnym stopniu rozszerzone i nie oddziaływały na światło. Mięśnie karku były stężałe, ręce kurczowo zaciśnięte, zwykle w stawie łokciowym zgięte, nogi kurczowo wyprężone.

Na 69 dotkniętych zamartwicą wszyscy mieli zaciśnięte szczęki przez kurcz mięśni żwaczy, a stopień kurczu tego zawisłym być się zdawał od stopn a zamartwicy. Czucie skórne było zniesionem, jak w najgłębszéj narkozie chloroformowéj. Zwolna chorzy zaczęli oddychać, z razu płytko, wreszcie stawali się po krótkotrwałych majaczeniach przytomnymi. Przypominali sobie wówczas całe zajście, aż do chwili utraty przytomności, czuli się silnymi, poczem występował u nich silny ból głowy, wymioty i omdlenia.

Przytomność wracała średnio w $1\frac{1}{2}$ godziny po wyniesieniu zaczadzonych na powierzchnię. U wszystkich zjawiał się kaszel, u trzech istniało podniecenie maniakalne przejściowe a to u tych, którzy nałogowo nadużywali wyskokowych napojów. W moczu znaleziono przy badaniu na zajutrz po wydobyciu zaczadzonych cukier lub białko; tylko w jednym moczu znaleziono białko i cukier równocześnie. Dziś okazują niektórzy z ocalonych znaczną niedokrewność, poikilocytemię, skarżą się na ból głowy, osłabienie i drżenie mięśni.

Zwłoki zmarłych w podziemiu okazywały następujące zmiany: plamy trupie różowo zabarwione, toż samo błony śluzowe i twarz różowe. W spojówkach ócz drobne wynaczynionki, w ustach i otworze nosowym jasnoróżowa, krwawa piana. Z zatok żylnych dobywała się wiśniowo czerwono zabarwiona krew, która większą ilością wody rozlana, tworzyła jasnoróżowy rozczyn. Próby Hoppe-Seylera sodowa i Salkowskiego dały wynik dodatni co do CO. Próby widmowéj dla braku czasu nie wykonano. Dwoje zwłok znaleziono w stanie uwędzenia. (*Wien. med. Presse.* Nr. 34, 35, 36, 37. 1892.) *Dr. Wachholz.*

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

Dr. B. Kapuściński: Co to jest cholera i jak ją zwalczać. Poznań 1892. Wydanie drugie.

Sarkatyczny Prus nazwał cholerę dobroczyńcą ludzkości, gdyż według zdania tego niepospolitego pisarza, dobroczynnym musi być czynnik, który oczyszcza miasta i siedziby ludzkie, zniewala ludzi do życia umiarkowanego, do spędzania wieczorów u ogniska rodzinnego itd. Ze stanowiska polskiego cholera jest specyjalnym naszym dobroczyńcą, bo zmusza nas do . . . . czytania, jak tego dowodzi wydana w Poznaniu rozprawa Dra Kapuścińskiego pod tytułem: „Co to jest cholera i jak ją zwalczać“. Pierwsze wydanie téj pracy wyszło w miesiącu wrześniu i znalazło tak szybki pokup, że autor zmuszony był już w październiku bić drugi nakład, uzupełniając to drugie wydanie najnowszemi uwagami, jakie klinicyści i bakteryjologowie wypowiedzieli o cholerze w ostatnich kilku tygodniach. Nie sądzimy, ażeby w innych czasach mógł był spotkać jakąkolwiek książkę polską los równie pomyślny, jakim stał się dla pracy Dra Kapuścińskiego.

Rozprawa jest napisana popularnie i została obliczoną głównie na publiczność nielekarską; zawiera ona opis cholery, jéj przyczyny, środki zapobiegawcze, zachowanie się podczas epidemii, leczenie a kończy się wyliczeniem środków, w które należy zaopatrzyć się podczas panowania cholery.

Wykład jasny, celowi odpowiedni, zastosowanie się do szerszéj publiczności wyborne i żałować tylko należy, że treści nie odpowiada korekta, niedbała tak pod względem pisowni jak i języka wogóle.

Rozprawą o cholerze spełnił Dr. Kapuściński obywatelski obowiązek lekarza i zasłużył na rzetelną wdzięczność społeczeństwa wielkopolskiego. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Hoppe Seyler: O zmianach w moczu u chorych cholerycznych.

Autor badał mocz w kilku przypadkach cholery azyjatyckiéj i dwóch przypadkach cholery swojskiéj, uwzględniając szczególnie zachowanie się związków kwasu siarkowego z ciałami aromatycznemi. Rozpoznanie u chorych, których mocz badał, było bakteryjologicznie stwierdzone. Z badań tych wynika, że w cholerze przez cały czas choroby istnieje powiększenie ilości siarkanów ciał aromatycznych, które w początku odnieść należy do wydzielania się indoksylu, którego ilość znów zostaje powiększoną z powodu wytwarzania się w wielkiej mnogości indolu w jelitach. Indol jest jednym z głównych produktów przemiany materyi prątków przecinkowych. Jednakże i pomimo zmniejszenia się ilości indoksylu zjawia się jeszcze dużo kwasu siarkowego związanego z istotami organicznemi. Zależy to prawdopodobnie od dalszych procesów gnicia w jelitach, wywołanych przez liczne bakteryje, towarzyszące prątkom cholerycznym, szczególnie podczas zalegania treści jelitowéj. Wessanie produktów rozkładowych zostaje ułatwione przez częściowe zniszczenie przybłonka jelitowego.

I w przypadkach cholery swojskiéj znajdował Hoppe-Seyler z początku znaczne zwiększenie ilości kwasu siarkowego, będące także w związku z silniejszem wytwarzaniem się indoksylu, które szybko znika, gdy tylko biegunka ustaje. Powiększenia więc ilości indoksylu i kwasu siarkowego związanego z ciałami aromatycznemi nie można uważać za cechy cholery azyjatyckiéj. W przypadkach cholery swojskiéj znajdował H. także w moczu białko.

Co się tyczy innych składników moczu z chorych na cholerę azyjatycką, to występowała często silna reakcyja kwasu acetooctowego. Odpowiada to zwiększonéj kwasocie moczu, która pochodzi z upośledzenia alkaliczności krwi. — Niektórzy chorzy w okresie tyfoidu wpadają w *coma*, które czyni wrażenie *coma diabeticum*, a zatem może być również zawisłe od intoksykacyi kwasami.

W dodatku do artykułu, którego streszczenie podałem, przytacza Quincke badania alkaliczności krwi chorych cholerycznych, stwierdzające zapatrywania Hoppe-Seylera. Quincke radzi też podawać 1 procentowy rozczyn cytrynianu sodowego w postaci hypodermoklizy, celem zobojętnienia wytwarzających się w nadmiarze kwasów. (*Berl. kl. Woch.* 1892, Nr. 43).

Kirchner: „Badania bakteryjologiczne w cholerze swojskiéj i azyjatyckiéj“.

W ciągu sierpnia i września b. r. miał autor sposobność badania pod względem bakteryjologicznym 16 przypadków *cholera nostras*, a 5 przypadków cholery azyjatyckiéj. Że w wszystkich przypadkach téj ostatniéj kategoryi znalazł prątek przecinkowy Kocha, jest rzeczą naturalną. Na uwagę zasługuje tylko, że w 1 przypadku, w którym z początku choroby treść jelitowa zawierała czyste hodowle prątka przecinkowego, po śmierci chorego, która nastąpiła 10 dnia choroby z powodu tyfoidu, w jelitach tylko nieznaczną ilość prątków cholerycznych można było napotkać wśród kolosalnego mnóstwa prątków zwanych *bacillus coli communis*. Okoliczność ta rzuca światło na sposób, w jaki postępuje wyzdrowienie: jeżeli śmierć nastąpi szybko pod wpływem jadu wytworzonego przez prątki choleryczne, to ulegają te ostatnie w walce z innemi nieszkodliwemi bakteryjami. W przypadku, w którym śmierć nastąpiła w czasie, gdy choroba była w całym rozwoju, treść jelitowa przedstawiała czystą hodowlę prątka cholerycznego bez domieszki innych bakteryj.

Co do sposobu badania, to oprócz zwykłego postępowania, nie omieszkał autor nigdy używać także sposobu Schoteliusa i reakcyi z kwasem siarkowym. Okoliczność, że reakcyję tę daje także *Vibrio Miecznikowa*, nie przemawia jeszcze przeciw jéj zupełnemu porzuceniu, gdyż w przypadku, w którym istnieje podejrzenie co do cholery i w którym znajduje się prątek przecinkowy, z którego pożywka bulionowa daje reakcyję — nikt nie przypisze jej czemu innemu jak prątkowi Kocha. W badaniu bakteryjologicznem należy być nader ostrożnym, nie wynika jednak z tego, aby pozbawiać się dogodnego sposobu, który obok innych sposobów postępowania może nas utwierdzić w rozpoznaniu.

Z pomiędzy 16 przypadków cholery swojskiéj nie znalazł K. ani w jednym prątków Kocha, jakkolwiek niektóre z nich przebiegały wśród nadzwyczaj ciężkich objawów tak, że z badania klinicznego wynikało rozpoznanie cholery azy-

jatyckiéj. Przypadki te dowodzą, jak ważnem jest badanie bakteryjologiczne w celu pewnego rozpoznania cholery a tem samem skutecznego zapobiegania jéj szerzeniu się. W dwóch przypadkach cholery swojskiéj znachodził autor długą cienką spiryllę, któréj we krwi i narządach nie znalazł, i która na sztucznych pożywkach się nie przyjęła. W żadnym z przypadków cholery swojskiéj nie napotkano prątka Finklera i Priora, natomiast we wszystkich regularnie znachodził się obok licznych saprofitów *bacillus coli communis*. Czy ten ostatni odgrywa jaką rolę w etyjologii cholery swojskiéj, nie może K. rozstrzygać na podstawie nieznacznego materyjału. Autor poddaje ostréj krytyce zapatrywanie Petera wypowiedziane w Nrze 27 *La Semaine médicale*, że cholera azyjatycka jest odmianą swojskiéj i powstaje w ten sposób, że wskutek złych warunków społecznych głodu, nędzy itd. *bacillus coli communis* staje się złośliwszym, przybierając przytem postać przecinka.

W końcu podaje K. kilka uwag co do leczenia cholery. Potępia podawanie makowca, gdyż środek ten stosuje się u zwierząt właśnie, gdy chcemy, aby zakażenie cholerą się przyjęło; potępia także enteroklizę, hypodermoklizę i transfuzyję żylną, za pomocą których wprowadzamy do ustroju wielką ilość płynu, który wydziela się następnie do jelit na korzyść prątków cholerycznych, któreby dla braku płynu nie mogły się już daléj rozwijać. To też wyniki z tego sposobu leczenia są nieświetne. Racyjonalne jest tylko ubezwładnienie jadu wytworzonego przez prątki i zabijanie tychże. Gdy jednak antitoksyczne zadziałanie ze strony obiegu krwi na jad wytwarzający się w jelitach mało ma widoków powodzenia, pozostaje jedyne wskazanie lecznicze, t. j. zabijanie prątków cholerycznych w jelitach samych. Ponieważ enterokliza garbnikowa polecona przez Cantaniego nieświetne wydała wyniki, proponuje autor wlewanie do jelit wody chloroformowéj, opierając się na badaniach wspólnie z Salkowskim wykonanych, które wykazały, że $^1/_2\%$ roztwór chloroformu sterylizuje czyste hodowle prątka cholerycznego w ciągu minuty. Podobnie skutecznych wyników spodziewa się K. z wlewań do jelit roztworu dwutlenku dwuwodu (H_2O_2) 1·5 : 1000. *(Tamże)*. *Dr. A. Beck*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 5 października 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 53.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Gluziński przedstawił prątki przecinkowe w kropli wiszącéj jakoteż kultury na płytach i kłute tychże prątków, w końcu reakcyję chemiczną Bujwida. Przytem zaznaczył, że jakkolwiek treść jelit w danym przypadku, który wydarzył się w Krakowie po kilkudniowéj pauzie, zewnętrznem swem wejrzeniem nie odpowiadała treści jelit osób zmarłych na cholerę, a pod mikroskopem oprócz masy prątków gnilnych przesuwały się tylko gdzieniegdzie prątki podobne do przecinkowych, to przecież już w dwadzieścia cztery godzin po wylaniu płyt wzrosły na tychże typowe kolonije. Również wspomniał o sposobie Schottelíusa, gdzie w drugim a najpóźniéj w trzecim dniu tworzy się na powierzchni błonka przez nagromadzenie się kultur prątka przecinkowego, który potrzebuje do życia tlenu.

3) Kol. Przewodniczący zawiadomił zgromadzenie o załatwieniu kilku mniejszéj wagi spraw administracyjnych, następnie odczytał elaborat komisyi choleryczněj, wybranéj przez Komitet Towarzystwa, poddając zarazem pod rozwagę zebranych, „czy odczytany elaborat ogłosić lub nie w organie Towarzystwa“.

W ciągu dyskusyi zapytuje kol. Zarewicz, jaki cel ogłoszenia tego elaboratu, który nic nowego nie zawiera nad to, co w dziennikach w swoim czasie było ogłaszanem, czyni zarazem wniosek: „aby elaboratu tego na razie nie ogłaszać a komisyi prosić, aby daléj pracowała“.

Kol. prof. Browicz czyniąc uwagę, że gdybyśmy chcieli tym elaboratem bronić się, cel byłby chybionym, oświadcza się za wnioskiem kol. Zarewicza.

Również za wnioskiem kol. Zarewicza przemawiają koll.: Gwiazdomorski, Surzycki i Aronsohn, zaś przeciw temu wnioskowi kol. Mars.

Po zamknięciu dyskusyi zgromadzenie znaczną większością głosów przyjęło wniosek kol. Zarewicza.

Wobec téj uchwały kol. prof. Oettinger przemawia za tem, aby elaborat wspomniany prywatnie w „Przeglądzie“ ogłosić.

Kol. Przewodniczący wyjaśnia, że elaborat jest własnością Towarzystwa, wobec więc zapadłéj uchwały ogłoszonym być nie może.

4) Kol. Przewodniczący otwiera dyskusyję na temat cholery: w tejże zabierają głos: kol. prof. Oettinger co do delożowania zaznacza, że takowe należałoby ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzie dużo osób mieszka w jednéj i to brudnéj zazwyczaj ubikacyi, gdyż to może stać się niewykonalnem z chwilą, gdy zaraza przybierze większe rozmiary.

Kol. Lustgarten sądzi, że należałoby podać do szerszéj wiadomości za pomocą pism codziennych, że nie każdy cierpiący na cholerę musi być do szpitala cholerycznego przewiezionym, a tylko ci chorzy, którzy w domu pozbawieni są odpowiedniéj opieki. Fałszywa bowiem obawa przed przymusowem przewiezieniem do szpitala cholerycznego powstrzymuje chorych od wczesnego zasiągania porady lekarskiéj.

Kol. Filimowski stwierdza, że obawa taka istnieje pomiędzy publicznością i przytacza przypadek z własnéj praktyki, gdzie chora na cholerę z obawy przed przewiezieniem do szpitala przez 24 godzin zwlekała z zasięgnięciem porady jego.

Kol. Przewodniczący ofiaruje się temu zadosyć uczynić.

Kol. Zarewicz zapytuje kol. Filimowskiego, jak pierwszy okres wygląda, kiedy przychodzi do okresu asfiksyi, daléj czy wykazano związek pomiędzy tak rozrzuconemi przypadkami zasłabnięć na cholerę.

Kol. Filimowski zestawiając obserwacyję 16 przypadków, oświadcza, że okres pierwszy zrazu trwał przez 12—14 godzin, obecnie skrócił się do 8 godzin, związku zaś pomiędzy wszystkiemi przypadkami, przy téj anamnezie, jaką można uzyskać, nie był w stanie wyśledzić.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 listopada. Senat akademicki Uniw. Jagiell. wydał następujące rozporządzenie:

Senat akademicki, działając na mocy §. 12 rozporządzenia Ministerstwa wyznań i oświaty z dnia 13 października r. 1849, L. 7215, Dz. p. p. 416, ze względu na dobro Uniwersytetu, zabrania uczniom Uniwersytetu Jagiellońskiego należeć do zgromadzeń i stowarzyszeń robotników, tudzież brać w nich jakikolwiek udział.

Kto przeciw temu rozporządzeniu Senatu akadem. wykroczy, ten w myśl §. 4. wzmiankowanego wyżéj rozporządzenia ministeryjalnego dopuści się przestępstwa dyscyplinarnego i będzie pociągnięty do odpowiedzialności.

Kraków dnia 29 października 1892 r.

Madeyski, rektor.

* W półroczu bieżącem zapisało się na Uniwersytet Jagielloński uczniów zwyczajnych 1272.

* Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Maksymilian Schmelkes, rodem ze Lwowa.

* W tygodniu 42 im (od 16—22 października) było w Krakowie małżeństw 14, urodzeń 47, skonów 52, z tych z gruźlicy 7, z dławca i błonicy 6, z zapalenia płuc 5, z nieżytu żołądka i jelit 5, z cholery 4, z ospy 2, z duru brzusznego 2.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 43: Wolberga: Przyczynek klin. do etyjologii i trwania okresu wylęgania się nieżyt. zapal. migdałków u dzieci; Mierzyńskiego: O leczeniu cholery; Herynga: Przerost migdałków (dok.). — W *Medycynie* Nr. 43: Gepnera (syna): Szczypczyki Knappa do wyciskania ziarn jaglicowych; Herynga:

Gruźlica bł. śluzowéj nosa (c. d.); Rybickiego: Szpital św. Stanisława w Skierniewicach (dok.). — W *Kronice Lek.* Nr. 10: Kucharzewskiego: O leczniczem działaniu fenokolu: Jaworskiego: Włóknikowe zap płuc, wikłane chorobą Werlhofa. — W *Medycynie* Nr. 44: Karczowskiego: O wlewaniu rozczynu soli w cholerze; Herynga: Gruźlica bł. śluzowéj nosa (dok.). — W *Gazecie Lek* Nr 44: Sędziaka: Niezwykły przypadek sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae; Wołkowicza: O wartości leczniczéj salolu w biegunce cholerycznéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. L. KADLER: O środkach ochronnych od chorób wenerycznych. Warszawa 1892, in 8-vo str. 104. — L KNASTER: Wartość lecznicza syrygium Jambolonum w cukrzycy, in 8-vo str. 9. — J. SZWAJZER: Pierwszy przypadek cholery azyjatyckiéj w Warszawie (odb. z Medycyny) in 8-vo str. 10. — Dr. BOETTIGER w Hali: Trional als Hypnoticum (odb. z Berl. kl. Woch.) in 8-vo str. 13. — Dr. H RUPPERT: O pochodzeniu żółciowéj marskości wątroby (odb. z Pam. T. I. warsz. 1892, t. 88) in 8-vo str. 117. — Wiestnik kliniczeskoi i sudobnoi psichiatrii i newropatologii. Powremennoe izdanie pod redakciei prof J. P. Mierzejewskago. God dewjatii, wypusk II z 3 litograf. tabl. i 10 ris. w tekstie. St. Peterburg 1892, in 8-vo str. 360.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 9 listopada b. r. o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali „Śniadeckich" (*Collegium novum* I piętro). — Porządek dzienny: 1) Dalszy ciąg rozpraw nad przypadkiem jamy w czaszce przedstawionym przez kol. Obalińskiego na ostatniem posiedzeniu; 2) kol. Śliwiński przedłoży wnioski Komisyi przemysłowo-lekarskiéj; 3) kol. Browicz poda wyniki badań, jakie mu nastręczyły przypadki cholery w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

L. 1950.

KONKURS.

Przy szpitalu powszechnym w Podhajcach została opróżniona posada lekarza ordynującego z płacą roczną 600 złr. w. a., na którą Wydział powiatowy rozpisuje niniejszem konkurs z terminem do dnia 1 grudnia 1892.

Z Wydziału Rady powiatowéj
W Podhajcach dnia 17 października 1892.

115—3—2 Wice-Prezes *Zaremba.*

Rok XXXI. Kraków, 12 Listopada 1892. Nr. 46.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuja: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z oddziału chirurgicznego radcy sanitarnego i prymaryjusza szpitala powszechnego we Lwowie Dra Ziembickiego.

Przypadek t. zw. „*morcellement*“ macicy według metody Péana przy *exstirpatio uteri totalis per vaginam.*

Podał

Dr. Bronisław Skałkowski we Lwowie,

były asystent i operator kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu.

Poniżéj opiszę przypadek wyłuszczenia przez pochwę macicy przerosłéj przez włókniak, który to zabieg operacyjny tylko wskutek zastosowania Péanowskiéj metody tak zw. *morcellement* prędko i szczęśliwie się zakończył.

Doświadczenie, którego z tego przypadku nabyłem, zdaje mi się, że usprawiedliwi ogłoszenie jednego tylko zabiegu, a to tem więcéj, że o ile mi wiadomo, metoda Péana poza granicami swojéj ojczyzny nigdzie się jeszcze nie przyjęła. We Francyi oprócz twórcy takowéj istnieje cały szereg starszych chirurgów, jak prof. Ségond i inni, którzy według metody Péana na setki liczą swe operacyjne zabiegi, a jak wiadomo, na ostatnim międzynarodowym zjeździe ginekologów w Brukseli, jednym z głównych omawianych tematów stanowiła właśnie rzecz o wyjęciu macicy przez pochwę, szczególnie w przypadkach tak zw. *suppurations pelviennes.*

Zanim jednakże przejdę do opisu samego przypadku i wypowiedzenia uwag, jakie mi się nasunęły, niech mi wolno będzie na tem miejscu wyrazić Drowi Ziembickiemu, c. k. radcy zdrowia i prymaryjuszowi lwowskiego szpitala, moje najserdeczniejsze podziękowanie za względy, jakiemi mnie zaszczycając pozwala korzystać z obfitego materyjału ginekologicznego swojego oddziału. W ten sposób przez krótki czas mego we Lwowie pobytu mogłem kilka ciężkich operacyj ginekologicznych wykonać i w ten sposób daléj prowadzić studyja.

Historyja choroby i zabiegu operacyjnego przedstawia się jak następuje:

Chora pochodzi ze zdrowéj rodziny, cięższych chorób nie przechodziła w swojem życiu. W 16 roku życia miesiączkowała po raz pierwszy, regularność bywała od tego czasu w odstępach czterotygodniowych, zawsze bezboleśnie. Porodów odbyła pięć, takowe były zawsze lekkie. Ostatni poród przed 16 laty. Przed dziewięciu miesiącami została przerażoną nagłym i silnym krwotokiem z części rodnych, tem więcéj, że dotychczas miesiączkowała zawsze regularnie, a przypuszczenie ciąży i poronienia było u niéj wprost wykluczone. Od czasu tego krwotoku peryjod zatracił swój typ regularny, miesiączka trwała znacznie dłużéj, krwotoki zaczęły się częściéj powtarzać, przyczem wystąpiły silne bóle w krzyżach i ogólny brak sił. Ostatni silny krwotok skłonił chorą do szukania pomocy w szpitalu. Chora została przyjęta do lwowskiego powszechnego szpitala w d. 5 października z bardzo silnym krwotokiem. Badanie wykonane pobieżnie wykazuje osobę o dość silnéj budowie kości, w wysokim stopniu niedokrewną. Powłoki zewnętrzne pozbawione podściółki tłuszczowéj, mają barwę wpadającą w żółtawy odcień. Serce i płuca nie wykazują żadnych ważniejszych zmian chorobowych. Części rodne zewnętrzne, podbrzusze i wewnętrzna strona ud, jakoteż suknie choréj powalane obficie krwią. Wejście pochwowe i błona śluzowa pochwy anemiczna, w pochwie kilka tamponów z waty, które pomięszane z licznemi skrzepami krwi całą pochwę wypełniają. Po usunięciu takowych i przepłukaniu przeciwgnilnem, wykonane szybko dla nieustającego krwotoku badanie oburęczne wykazuje następujące stosunki: Pochwa szeroka, podatna, wyścielona gładką błoną śluzową. Szyja macicy postaci cylindrycznéj, prawie z okrągłem ujściem macicznem, wręby około ujścia nieznacznéj głębokości, sam kanał ujścia pozwala zaledwie włożyć koniec wskazującego palca. Długość szyi macicy wynosi wyż trzech centimetrów i przechodzi takowa w znacznie powiększone *corpus uteri.* Macica sama znacznie powiększona, dnem swojem skierowana ku tyłowi. *Parametria* zupełnie wolne. Jajniki i jajowody prawidłowe, przesuwalność macicy wielka. Ze względu na silny krwotok macicy wykonałem dokładną tamponadę pochwy.

Rozpoznanie brzmiało *neoplasma corporis uteri malignum*, ze względu zaś na silne krwotoki i wywołaną temiż anemiję, bóle w krzyżach, zaś z drugiéj strony wielką poruszalność macicy i całkiem wolne parametryja, zaproponowałem choréj radykalną operacyję wyjęcia macicy, na którą to propozycyję zaraz się zgodziła, równocześnie prosząc o jak

najrychlejsze wykonanie operacyi. Takowa została jéj przyrzeczoną w najbliższym czasie. Krwotok się zastanowił, chora przyszła trochę do siebie, prosząc ciągle o operacyję. Choréj więcéj sam nie badałem, naznaczyłem jéj jedynie dzień 8 października 1892, że w tym dniu będę ją operować. Jeden z kolegów, który chorą badał, zgodził się na rozpoznanie tak, że po zwykłem przygotowaniu kąpieli przystąpiłem 8/X b. r. do operacyi. Wielkości macicy przed operacyją zaniedbałem zbadać zgłębnikiem.

Narkoza. Macica daje się z łatwością za pomocą szczypczyków haczykowatych aż do wejścia do pochwy ściągnąć tak dalece, że w mojem mniemaniu, iż operacyję wyjęcia macicy przez pochwę łatwo można będzie wykonać, tem więcéj utwierdzony zostałem. Badanie pęcherza moczowego zgłębnikiem wykazuje dno pęcherza w blizkości zewnętrznego brzegu szyjki, tam też z przezornością poprowadziłem pierwsze cięcie w celu uwolnienia szyjki. Cięcie poprowadziłem po bokach szyjki nieco kabłąkowato wygięte ku górze, połączywszy końce takowego cięciem w tylnem sklepieniu pochwy, także dość blizko brzegu szyjki, lecz o 1 ctm. wyżéj, niż to uczyniłem w sklepieniu pochwy przedniem. Po tak zakreślonym planie operacyjnym zacząłem uwalniać pęcherz moczowy z jego połączenia z przednią ścianą macicy, co udało się bardzo łatwo, gdyż dostałem się na odpowiednią warstwę tkanki łącznéj. Przy odpreparowywaniu pęcherza posługiwałem się wyłącznie palcem, Otwarcie Douglasa nie przedstawiało również żadnych trudności. Przedtem jednakowoż ścianę tylną pochwy, która na przecięciu dosyć silnie krwawiła, zabezpieczyłem dwoma szwami Martina, powstrzymując w ten sposób krwawienie. Po otwarciu otrzewny schwyciłem takową w długi szew, który prowizorycznie związawszy, umieściłem pod *speculum* przytrzymującem tylną ścianę pochwy, gdzie ta nitka spokojnie aż do końca operacyi spoczywać ma, tj. do chwili zaopatrzenia otrzewny. Rzecz ta może wydaje się napozór błahą, jednakowoż przez takie ubezpieczenie sobie otrzewnéj zyskuje się pod koniec operacyi wiele czasu, który się czasem traci na mozolnem wyszukaniu cofniętéj otrzewny, potrzeba bowiem tylko za ukrytą pod wziernikiem nitkę pociągnąć, aby otrzewna zaraz się okazała. Po tem zabezpieczeniu otrzewny otworzyłem jamę Douglasa szeroko ku lewéj i prawéj stronie, a na podorędziu trzymany tampon z gazy jodoformowéj wetknąłem w otworzoną jamę brzuszną. Tutaj pozwolę sobie również zwrócić uwagę na ważność téj tamponady jamy Douglasa. Tampon z gazy jodoformowéj nie pozwala pętlom jelit wysuwać się z jamy brzusznéj, jakoteż w przypadkach, jak np. podczas wyjęcia macicy rakowato zmienionéj, jeżeliby mimo wszelkich starań treść z nowotworu miała ku jamie Douglasa wpłynąć, napotyka takowa na tampon, z którym łatwo daje się usunąć tak, że w ten sposób najlepiéj można się upewnić co do antiseptycznego wykonania operacyi.

Po takiem zabezpieczeniu się przeciw możliwym przypadkom, zacząłem podwiązywać systematycznie *parametria*. W tym razie nie naśladuję tych operatorów, którzy najpierw chwytają część *parametrium* w kleszcze Péanowskie wyciskają w tkance rowek i dopiero w ten rowek kładą silną podwiązkę. Mojem zdaniem procedura ta nie jest absolutnie konieczną, jeżeli się zachowa ostrożności, które poniżéj podaję. Wprowadziwszy palec przez jamę Douglasa, naładowuję na takowy część *parametrium*, która to część zaraz za pomocą jedwabiu, przeprowadzonego od przodu na igle Dechampsa, zostaje podwiązaną. Jedwabiu do tego używam bardzo silnego, gdyż przy zaopatrzeniu kikutów podwiązanych, jak to póżniéj wspomnę, takowe pozostają na zewnątrz, cały więc ten pęk jedwabiu wydzielonym zostanie. Za silny jedwab, to jest za gruby, nie nadaje się dobrze do podwiązywania parametryów, gdyż węzeł chirurgiczny, który zawsze zakładam, przy zbyt grubym jedwabiu źle się ściąga i w ten sposób może być przyczyną następowego krwawienia lub nawet usunięcia się części tkanin z założonéj podwiązki. Przy odcinaniu części podwiązanéj trzymam się blisko macicy, aby uzyskać mocny kikut; podwójne podwiązywanie, to jest drugie od strony macicy, jest mojem zdaniem zupełnie niepotrzebne. Po przeciągnięciu podwiązki pozostaje palec, na którym ma się odbywać podwiązanie, na swojem miejscu, samo ściągnienie i rozwiązanie podwiązki musi wykonać pomocnik operującego. Palec pozostawiam zawsze aż do uskutecznienia ligatury dla tego, aby w razie pęknięcia podwiązki podczas wiązania w tem samem miejscu drugą założyć i niepotrzebnie nie robić nowych przebić igłą Dechampsa w *parametrium*, które snadnie mogłyby większe naczynie krwionośne uszkodzić. Jeżeli mam pomocnika przy operacyi, na którym zupełnie polegać mogę, to lepiéj jest gdy podwiązanie *parametrium* i przecięcie takowego od strony macicy dzieje się *a tempo*, wtedy bowiem podwiązka leży bardzo silnie, w innym razie lepiéj jest odcinać i uwalniać macicę po skończonem wiązaniu. Jeżeli się jeszcze drobnemi Péanami wszystkie na przecięciu widoczne naczynia krwionośne osobno pochwyci i podwiąże, można być pewnym, że nie prędko wystąpi krwawienie. W ten sposób systematycznie postępując, podwiązałem prawe i lewe *parametrium.* 3 podwiązki z każdéj strony ku temu celowi zupełnie wystarczyły. Każdą następną podwiązkę zakładałem w wyż wspomniany sposób, baczną zwracając uwagę, aby każda na świeżo założona podwiązka na zewnątrz od poprzednio założonéj była związaną. Ku temu celowi nitki od już założonéj podwiązki brałem ku sobie na wewnątrz i dopiero kazałem ściągać nowo założoną podwiązkę. W ten sposób postępując ma się przy końcu podwiązywań parametryów jeden względnie dwa tylko kikuty, które snadnie mogą być na zewnątrz otrzewnéj umieszczone i w ten sposób unika się czasami bardzo przykrych krwawień, które nastąpić mogą z kącika tworzącego się między częściami podwiązanego *parametrium*, każda bowiem podwiązka ciągnie w swoją stronę i utrzymuje krwawienie.

W tym przypadku szło wszystko aż do téj chwili dobrze, kiedy wystąpiły trudności operacyjne i zaszły okoliczności robiące ten przypadek bardzo pouczającym i interesującym. *Peritoneum* za pęcherzem od przodu macicy zostało również przecięte, parametryja są wolne, jednak o jakiemś obniżeniu macicy nawet przy najsilniejszem ciągnieniu ku dołowi nie ma nawet mowy. Dokładne badanie teraz przedsięwzięte okazuje, że nie rozchodzi się o *carcinoma corporis* tylko o włókniak macicy siedzący w samem dnie, który sprawia, że objętość macicy daleko jest większą, niżeli to przy badaniu przez powłoki brzuszne dało się obliczyć. Palcem nie można było osiągnąć górnego brzegu więzadeł szerokich. Péanowskie kleszcze na ślepo zakładać z powodu możliwego obrażenia kiszki nie chciałem, cóż więc było robić? Dührssen w podobnym przypadku wykonał, jak niżéj opiszę, nacięcie pochwy do koła uwięźniętéj macicy i w ten sposób ją uwolnił; tego z rozmaitych powodów czynić nie chciałem i byłem już zdecydowany nawet z niebezpieczeństwem silnego krwotoku przepołowić macicę i połówkami ją wyciągnąć, kiedy asystujący mi prymaryjusz Dr. Ziembicki zaproponował wykonanie metody Péana t. zw. „*morcellement*“.

Przypadek chciał, że przed paru dniami w Brukseli widział Dr. Ziembicki najdokładniéj operującego prof. Ségonda z Paryża, który tam na zjeździe międzynarodowym ginekologów produkował się z Péanowską metodą „*morcellement*“. Ja sam nie widziałem jeszcze téj metody, to jest dokładnego sposobu wykonania a z opisów i książek o tem traktujących niewiele się ma wyobrażenia. Z ochotą odstąpiłem tę część operacyi Dr. Ziembickiemu, aby wypróbować nową metodę i jakież było nasze obopólne zdziwienie, kiedy w parę chwil macica, która zdawała się być wrośniętą, z największą łatwością bez kropli krwi dała się przed szparę sromną wytoczyć. Część tę operacyi jako ciekawą starać się będę najdokładniéj opisać. Szyjkę macicy rozcięto po bokach jak można było najgłębiéj, przyczem tak powstałą tylną część szyi trzymaną mocno hakowatemi kleszczami. Część przednia szyi wraz z częścią przedniéj ściany macicy o ile się to dało, została poprzecznie odcięta. Szczególną uwagę zwrócić trzeba na to, aby nim cięcie zupełnie oddzieli część macicy, pomocnik operatora asystujący schwy-

ził pewnemi i silnemi kleszczami tę część macicy, która leży poza granicą poprowadzonego cięcia. Tak schwycona ściana macicy silnie jest dzierżoną i ku przodowi ciągniętą. Następujące cięcie, tak zwane właściwe *evidement conique* poprowadzone zostało łukowato od jednego boku macicy do drugiego grzbietem skierowane ku dnie macicy, przez całą grubość ściany tejże. W miarę jak operator ciągnął na kawałku który wycinał, tak ukazywała się macica w coraz dalszych swoich częściach, które zaraz za okazaniem się szybko zostały schwycone i przytrzymane. Ściana przednia macicy ciągniona ku przodowi, układała się w antefleksyi, przez równoczesne zaś *evidement conique* grubość i szerokość macicy stawała się mniejszą tak, że macica ciągniona ciągle ku przodowi, zwijała się, że się tak wyrażę, sama w siebie. W naszym przypadku potrzebne było czterokrotne *evidement conique* przedniéj ściany macicy, aby ją zupełnie przed szparę sromną wydobyć. Tutaj okazała się wisząc na skręconych szerokich więzadłach, których podwiązanie było rzeczą jednéj chwili.

Naturalnie, że w innych przypadkach to wycinanie tak często wypadnie powtórzyć, aż w ten sposób zmniejszona wielkość macicy umożliwi wydobycie takowéj na zewnątrz. Więzadła szerokie były skręcone po wydobyciu macicy na zewnątrz, co temu trzeba przypisać, że po głębokiem rozcięciu szyi ku przodowi była wyciąganą i wycinaną przednia część macicy tak, że takowa wytoczyła się na zewnątrz około osi, którą trzeba sobie pociągnąć w myśli przez więzadła szerokie, równocześnie straciwszy na wielkości swéj przez wyżéj wspomniane *evidement conique*. — Cały ten akt odbył się bez jednéj kropli krwi. Nie potrzebuję, zdaje mi się, podnosić, dlaczego tak bezkrwawo odbyła się operacyja, jeżli przypomnimy sobie, że parametrya dokładnie były podwiązane a więzadła szerokie skręciły się. W tym przypadku wycinanie ściany macicy było uskutecznione mocnemi nożycami. Péan w téj swéj operacyi, podobnie jak Bozemann wobec przetok, podaje całe instrumentaryum, szczególnie uformowane noże, które systematyczne i z pewnym planem poprowadzone wycinanie, np. przy nieregularnie włókniakami przerosłéj macicy, o wiele ułatwiają. Dalszy przebieg operacyi nie różnił się wiele od wykonanych zwykłą metodą. Podwiązałem dokładnie więzadła szerokie, jajniki oddaliłem również jako zbyteczne, ze względu na późny wiek choréj, nie obawiając się ważniejszych zaburzeń przy sztucznie wywołanem *climacterium*. Otrzewnę zaopatrzyłem w następujący sposób: Pętla prowizorycznie założona na tylną część otrzewny a schowana pod wziernik zaraz z początku operacyi umożliwiła szybkie wyszukanie otrzewny. Otrzewna z przedniego dołu Douglasa dała się łatwo wyszukać i po usunięciu tampona i wytarciu najniżéj położonych części jamy Douglasa wacikami, założyłem dwa szwy łączące *peritoneum* przednie z tylnem. Pozostały dwa kąty. Jeżeli przypomnimy sobie, że pierwsze cięcie w pochwie było po bokach prowadzone łukowato, to łatwo sobie wyobrazić, że na umieszczenie dwóch podwiązanych kikutów były jakby nyże w bocznych ścianach pochwy przygotowane. Poprowadziłem dwa szwy po lewéj i prawéj stronie, które łączyły *peritoneum* przednie z tylnem, w środku mając wyciągnięty kikut, który także szwem został przebity, w ten sposób zamykając prawie hermetycznie jamę brzuszną. Rana w saméj pochwie nie została zeszytą tylko lekko zatamponowaną gazą jodoformową.

Wyjęta macica przedstawia się w następujący sposób: Główny kawałek wraz z powycinanemi przy operacyi częściami, waży 400 grm., obwód największy wynosi 27 ctm. Zauważyć można, że błona śluzowa w szyi macicy zupełnie jest niezmienioną, tylna część szyi przechodzi w ścianę macicy, podczas gdy część przednia szyi i $^{2}/_{3}$ przedniéj ściany brakuje. Przez tak powstały otwór można zauważyć gładki, mniéj lub więcéj okrągły guz, który w prawéj stronie dna macicy jest umieszczonym, szeroką podstawą z dnem i prawym bokiem macicy złączony, ku środkowi macicy występuje, przesuwając w ten sposób wnętrze samej macicy ku stronie lewéj. Jama macicy w ten sposób zniekształcona wyścielona jest przerosłą błoną śluzową, która mimo ogólnéj bezkrwistości organu jako najbardziéj czerwono zabarwiona część odbija. Oddalenie spodniéj części tego podśluzowego włókniaka od ujścia zewnętrznego szyi macicznéj jest tak dalekie, że wybadanie dokładne takowego nawet po poprzedniem rozwarciu szyi macicznéj, bądź to przez przecięcie, bądź też przez rozszerzanie niekrwawe dylatatorami Hegara mogłoby być dokonanem tylko bardzo niedokładnie, nie mówiąc już o trudności, jakąby przedstawiało wyłuszczenie tak wysoko i szeroko usadowionego włókniaka, jeżeliby się chciało jego samego wyłuszczyć, zachowując macicę. W tym przypadku przeto, jakoteż ze względu na ogólny stan pacyjentki, wyjęcie macicy całéj wydaje mi się zabiegiem daleko mniejszym. Dla operatorów wysoce wyćwiczonych w metodzie Péanowskiéj wydobycie i tak szeroko z macicą połączonych włókniaków nie będzie szczególnych przedstawiało trudności, potrzebnem jednak w dalszéj linii będzie specyalne instrumentaryum, które cały zabieg o wiele ułatwić może.

Dla mniéj biegłych usunięcie macicy *in toto* mojem zdaniem przedstawia zabieg daleko dla choréj łagodniejszy. Wysnuwanie dalszych wniosków co do zastosowania operacyjnego metody Péana po jednym zabiegu byłoby zupełnie nie odpowiedniem i niech powyższe uwagi uważane będą jako wyraz podmiotowego uczucia, które każdemu doświadczonemu chirurgowi mówi, czy w danym razie postąpił źle lub dobrze.

Twórca téj metody Péan opisuje w *Gazette des hôpitaux* 1886, Nr. 119 przypadek, w którym macicę sięgającą aż do pępka i przerosłą więcéj niż 50 włókniakami szczęśliwie przez pochwę wydobył.

Chrobak (*Medic. Jahrbüch.* Wien 1888) w pracy *Ueber die vaginale Enucleation von Uterusmyomen* przywodzi 8 przypadków włókniaków, które przez pochwę wydobyte zostały. Do wyłuszczenia tych włókniaków używa jedynie palców i tępych instrumentów, a jako główny warunek do udania się operacyi wymaga jaknajbardziéj posuniętą możliwość rozciągnienia szyi macicznéj i uważa za przeciwwskazany zabieg w przypadkach, w których włókniak jest większych rozmiarów, szyja zaś macicy długa i nie podatna.

Leopold w swojéj pracy *„Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Enucleation, Kastration, Myomotomie und vaginale Totalexstirpation“ Archiv. f. Gynaekol.* Bd. XXXVIII, wspomina, że przy *exstirpatio totalis* przez pochwę, kiedy macica nie dała więcej ku dołowi się posunąć, przecinano torbiel (*capsula*) włókniaka starając się go w ten sposób wydobyć i przez to zmniejszyć objętość macicy.

Dührssen w jednym przypadku (*Bemerkungen zur Technik der vaginalen Totalextirpation des Uterus — Charité Annalen* XVI, p. 513) wydobycia rakowatéj macicy *in toto* przez pochwę, gdy *corpus* powiększone nie dało się obniżyć, poradził sobie w ten sposób, że porobił cały szereg nadcięć w przedniéj i tylnéj ścianie pochwy, które umożliwiły przeciągnięcie powiększonéj macicy.

O ile mi wiadomo i literatura dostępną, nie wiem o żadnym przypadku, w którymby w Niemczech operowano według metody Péana, co tem więcéj dziwić musi, że we Francyi już takich zabiegów na setki liczą i technika operacyjna całkiem jest wykształconą.

W końcu w krótkości tylko pozwolę sobie powtórzyć, co też przy takim zabiegu *morcellement* Péanowskiego jest oryginalne pomyślanem. Przez głębokie rozcięcie boków szyi i silne ściągnienie przedniéj ściany macicy, powstaje sztu-

czne przodozgięcie (*forcirte Anteflexion*), które według Péana główną przyczyną ma być hemostazy. Postępowanie to przypomina metodę Breiskyego, który układa macicę w silnéj antyfleksyi przy krwotokach *post partum.* Według Péana silne to podciągnięcie macicy ku przodowi ma tak dalece działać tamująco krew, że nawet bez poprzedniego podwiązania parametryjów *evidement conique* prawie bez krwi się odbywa. Zbytecznem wydaje mi się przypomnieć, że przytrzymywanie macicy ku przodowi po każdem wycięciu w zupełnie pewnych zarówno instrumentach jak rękach musi się znajdować, w innym bowiem razie tak w siebie zwinięta macica gdyby się mogła wyrwać i cofnąć ku tyłowi, uskuteczniłaby to podobnie jak sprężyna naciągnięta i puszczona. Krwotoki w tym przypadku występujące byłyby nadzwyczaj silne. Jeżeli się przeto nie ma zaufania w spójność ścian macicy, jeżeliby się takowe darły, jak to się często przy rakowatem zwyrodnieniu widzi lub po przebytych stanach zapalnych, będzie bezpieczniéj nie spuszczać się na hemostazę, wywołaną przez sztucznie spowadzoną antefleksyę, tylko tętnice maciczne (*Aa. uterinae*) już prędzéj podwiązać. Według Martina wiemy, że podwiązanie tych arteryj i bez poprzedniego otworzenia parametriów może być uskutecznionem, jeżeli się tylko dostateczną uwagę na przewody moczowe zwraca i wystrzega się takowe w pętlę podwiązki schwycić.

Zabieg operacyjny tego rodzaju, który przy niespodziewanych trudnościach podczas operacyi z łatwością pozwala w sposób prosty operacyję zakończyć, chętnie może będzie naśladowanym, a w tym razie ogłoszenie takowego będzie usprawiedliwionem. Dla mnie będzie metoda Péana na przyszłość równo z laparatomiją metodą wyboru i przy najbliższéj sposobności będę próbował jeszcze większe obrzęki przez pochwę tą metodą wydobyć. Przedewszystkiem jednak należy ją wypróbować przy tak zw. *suppurations pulviennes*, przy których to stanach chorobowych w dalszéj linii jako środek terapeutyczny Péan swą metodę zalecił.

II. Drugi przypadek mięsaka w saméj rogówce powstałego.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

Przed dwoma laty (Przegl. Lek. z r. 1890 Nr. 39, 40 i 41) opisałem przypadek mięsaka, który powstał pierwotnie w saméj rogówce bez najmniejszego udziału spojówki, mianowicie jéj rąbka. W pracy méj zwróciłem uwagę na okoliczność, iż poprzednio znane nam były tylko łagodne nowotwory, samoistnie w saméj rogówce powstałe, mianowicie Adler opisał przypadek śluzaka (*Wien. med. Woch.* 1871 str. 237), Quaglino i Guaita (*Annali di ottalm.* VIII, str. 254), Falchi (*Clinica ottalm. della R. Univ. di Torino* 1884) i Berson (*The ophth. Review Jan.* 1887) trzy przypadki włókniaka, daléj Raggi (*Riv. clin.* 37, r. 1870) i Gayet (*Lyon médical* XXXII, str. 50, 1879) opisali trzy przypadki brodawczaka rogówki. Zaś Adler (*Wien. med. Woch.* 1891 str. 227) opisał przypadek samoistnego śluzaka rogówki. — Zwróciłem również uwagę na okoliczność, że we wszystkich poprzednio opisanych przypadkach złośliwych nowotworów rogówki, nie wyłączając nawet przypadku Dolżenkowa (*Wiestn. oftalm.* 1885, str. 23, po ros.), nowotwory owe stanowczo powstawały pierwotnie w spojówce, mianowicie w obrębie rąbka tejże i później dopiero przechodziły na rogówkę. Dlatego też ów mój przypadek zbadałem najdokładniéj, a wynikiem badań było to, iż w istocie mieliśmy przed sobą mięsak stanowczo w saméj rogówce powstały, gdyż spojówka bynajmniéj nie była zajętą. Dodam chyba, że operowany żyje po dziś dzień i najlepszem cieszy się zdrowiem.

Odtąd w literaturze, o ile mi wiadomo, znajdujemy li tylko jeden przypadek samoistnego nowotworu rogówki, mianowicie śluzaka tejże, opisany przez Simona (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1892, Juli). Po oparzeniu wapnem, powstały na rogówce ropnie, które leczono przyżeganiem, w jednym razie nawet z przedziurawieniem rogówki. We cztery lata później spostrzeżono na rogówce biały stożkowaty guz o gładkiéj powierzchni, który zajmował całą prawie jéj powierzchnię prócz nieznacznego pasemka w stronie nosowéj. Na cięciu zajmował on całą prawie grubość rogówki, która zresztą (razem z nowotworem) wynosiła $3^1/_2$ mm. W spojówce znalazł tylko rozszerzone naczynia, w pozostałéj, nie zajętéj przez nowotwór części rogówki, rozluźnienie blaszek i nacieczenie drobnokomórkowe dokoła naczyń. Przybłonek spojówki przechodził na nowotwór, wskutek rozrostu jego komórek powstawały liczne stożki, w głąb tkanki skierowane. Błona Bowmana pozostała nieuszkodzoną. Nowotwór posiadał w pobliżu pozostałych warstw rogówki dość obficie tkankę włóknistą; prócz wrzecionowatych komórek znajdowały się liczne komórki okrągłe, które w niektórych miejscach, przeważnie w pobliżu naczyń, ułożone były w grupy. Bliżéj przedniéj powierzchni nowotworu, można było w nim spostrzedz węzełki przez tkankę włóknistą odgraniczone, w których obrębie pęczki włókien były cieńsze, komórki mniéj liczne, między pęczkami zaś dość znaczne przestwory przez ciecz przejrzystą wypełnione; naczynia, i to bardzo nieliczne, znajdował tylko w torebce węzełków. Zresztą w środku wzniesienia, bliżéj strony nosowéj położonego, włókienka tkanki łącznéj zupełnie prawie znikały, zaś obok okrągłych były liczniejsze wrzecionowate i gwiaździste komórki położone pośród istoty jednolitéj i bardzo przejrzystéj. Mieliśmy tu więc tkankę śluzowatą. Ku tyłowi odgraniczała nowotwór tkanka rogówki. Innych szczegółów przez autora w przypadku tym opisanych nie przytaczam, gdyż obchodzi on mnie tutaj tylko o tyle, że ma wiele wspólnego z moim wyżéj wspomnionym przypadkiem samoistnego mięsaka rogówki. Wspólność ta polega: 1) na powstaniu nowotworów w obu przypadkach w istocie saméj rogówki. Z jakich mianowicie pierwocin powstać mogły pierwociny nowotworu w jego przypadku, Simon nie orzeka. W moim przypadku mięsaka rogówki, zważywszy, iż wraz z naczyniami ze spojówki wstępowały do nowotworu nader nieliczne pierwociny, że dokoła naczyń włosowatych, które stanowiły ścisłą część składową nowotworu, znajdowały się liczne komórki limfoidalne a te znów stopniowo przechodziły w komórki mięsaka; wypowiedziałem zdanie, że pierwociny nowotworu pochodzenie swe zawdzięczają chyba wychodźtwu komórek z naczyń krwionośnych. Dodam, że i Simon w swym przypadku spostrzegał nagromadzenie komórek okrągłych dokoła naczyń. W każdym razie 2) w obu przypadkach zmiany w spojówce polegały li tylko na rozszerzeniu naczyń, gwiazd zaś nowotworu wcale w niéj nie było. 3) W obu przypadkach spostrzeżono znaczne rozrosty tkanki przybłon-

kowéj w kształcie stożków w głąb tkanki skierowanych. Simon znajdował w stożkach do trzydziestu warstw komórek, w moim zaś przypadku warstwy te na seciny chyba trzeba by rachować. Różnica polega na tem, że jakkolwiek w obu przypadkach guzy odgraniczała ku tyłowi istota saméj rogówki, to jednak w moim przypadku rogówka w znacznie większéj części była zachowaną, gdyż właściwie mieliśmy guz szypułkowaty, którego podstawa na rogówce wynosiła ledwo 3 mm., do istoty zaś jego wstępowały tylko przednie blaszki rogówki. Przeciwnie w przypadku Simona nowotwór miał szeroką podstawę, która zajmowała całą prawie powierzchnię rogówki. Rozrosty komórek przybłonkowych opisał również niedawno Zirm (*Eine eigenthümliche oberflächliche Neubildung der Cornea. Archiv f. Ophthalm.* XXXVII, 3) w przypadku, który do nowotworów, jak zresztą on sam przyznaje, trudno chyba zaliczyć. Najprawdopodobniéj istniała tu znaczna bardzo opuchlina tkanek, jako wynik zapalenia przewlekłego, które było również w stanie wywołać w końcu przeistoczenie szkliste pewnéj części tkanek. Rozrost komórek przybłonkowych w kształcie stożków w przypadku tym bardzo był znaczny, na rysunku np. 1-ym w stożku znajdujemy 12 rzędów komórek lecz i w tkance przybłonkowéj znalazł on również zmiany, które w istocie tylko znacznie posunięta opuchlina wywołać mogła, mianowicie znajdowały się pomiędzy komórkami bardzo znaczne próżnie niekiedy nawet spostrzegano je w saméj istocie komórek przybłonkowych.

Opiszę teraz drugi mój przypadek mięsaka saméj rogówki:

N. A. 14-letnia dziewczyna, zdrowéj a prawidłowéj budowy, zgłosiła się do mnie w końcu grudnia zeszłego roku. Prawe oko: sprawa jaglicowa, przeważnie w obrębie górnego załamka spojówki; w środku świeże ziarna jaglicowe, bliżéj kątów oka powierzchowne blizny, rogówka zupełnie prawidłowa. Lewe oko: nieliczne ziarna jaglicowe w obrębie górnego załamka, nieznaczne obrzmienie załamka dolnego, spojówka gałkowa zupełnie blada i prawidłowa. Rogówka natomiast cała zajęta jakby przez szczególnie rozwiniętą a zmianom w spojówce bynajmniéj nie odpowiadającą łuszczkę mięsistą (*pannus sarcomatosus*). Już na razie dziwnie raził niestosunek zmian na rogówce i na spojówce spostrzeganych, gdyż w istocie zmiany jaglicowe w spojówce tego oka występowały bardzo słabo, nadto mieliśmy li tylko początkowy okres saméj sprawy. Poczucie światła zupełnie prawidłowe. Przystąpiłem do leczenia spojówki (za pomocą nacięć, przyżegań ałunem i siarkanem miedzi), które trwało przez całe dwa miesiące. Otóż w miarę jak sprawa jaglicowa na spojówce obu ócz stopniowo ustępowała, nie zmniejszała się mniemana łuszczka rogówki lewéj bynajmniéj, przeciwnie jéj barwa różowa występowała coraz bardziéj, powierzchnia stawała się coraz wypuklejszą ku przodowi, obok tego zaś nie było wcale podrażnienia w oku, spojówka mianowicie gałki pozostawała stale bladą. W końcu drugiego miesiąca leczenia wypukłość regówki ku przodowi o tyle była już znaczną, że szpara powiekowa lewa była w środku szerszą od prawéj o całe trzy milimetry, jednocześnie też powtarzały się w porze wieczornéj codziennie nader silne napady bólów, zupełnie jednak odmiennych od zwykłych bólów rzęskowych, gdyż ograniczały się li tylko do saméj gałki oka. Ruchy gałki pozostawały zupełnie prawidłowemi, równie jak ucisk śródoczny, niepodobna więc było przypuścić cierpienie śródoczne, natomiast wypadło rozpoznać w danym przypadku nie łuszczkę jaglicową, lecz rozwój nowotworu, z powodu zaś iż wypukłość rogówki ku przodowi dość znacznie się powiększała, głównie zaś ponieważ już poprzednio udowodniono powstawania nowotworów, nawet złośliwych, w saméj rogówce, rozpoznałem w danym przypadku najprawdopodobniéj mięsak rogówki, powstały z jéj własnéj istoty, bez najmniejszego udziału rąbka. Obrzmienia gruczołów limfatycznych nie było.

W połowie marca wyłuszczyłem gałkę oczną, a rozciąwszy ją w kierunku równika, zanurzyłem całkowicie do płynu Flemminga na całą dobę, następnie przeniosłem do wyskoku. Już po przecięciu gałki na dwie połowy, nie znalazłem w tylnéj żadnych zgoła zmian chorobowych. Po stwardnięciu przedniéj połowy gałki (we dwa tygodnie po dokonanéj operacyi) rozciąłem ją na dwie połowy w kierunku południka poziomego. Przekonałem się, że ani soczewka ani też wogóle cała przednia połowa jagodówki, żadnych zgoła zmian nie przedstawiały; zmiany te spostrzegłem li tylko w saméj rogówce. Ta ostatnia przedstawiała się jednostajnie zgrubiałą, grubość w środku wynosiła 4 mm., w części obwodowéj 4·5 mm. Już gołem okiem widzieć można było, że do błony Descemeta przytykało pasemko przeszło 0·5 mm. grubości mające, a bledsze. Jednę połowę przedniéj części oka zatopiłem w celloidynie, drugą zaś, chcąc otrzymać cieńsze przekroje, w parafinie. W celu zabarwienia otrzymanych przekrojów, używałem rozczynów błękitu kampeszowego, karminu borowego, karminu ałunowego i safraniny. Dla topografii przedniéj części gałki otrzymałem nader przekonywające wyroby za pomocą podwójnego barwienia karminem i błękitem.

Badając bądź za pomocą lupy, bądź też przy słabem powiększeniu (Htn. $^{2}/_{2}$), spostrzegaliśmy blado-amarantowe pasemko, które odpowiadało białkówce i utrzymanym prawidłowym warstwom wewnętrznym właściwéj istoty rogówki. Przeciwnie wycięta dość wąska zresztą część spojówki gałkowéj i zewnętrzna, zgrubiała część rogówki, miały barwę błękitno fijoletową, wreszcie ku zewnątrz — cienkie, cokolwiek w brunatne wpadające pasemko — przybłonek spojówki, który przechodził bezpośrednio ze spojówki gałkowéj i pokrywał całkowicie przednią powierzchnię nowotworu. Również pouczające pod względem topografii były wyroby, zabarwiane karminem ałunowym Grenachera, na których warstwy rogówki pozostałe prawidłowemi, białkówka i warstwa przybłonkowa były bardzo blado zabarwione, cokolwiek nawet żółtawo, inne zaś części wyrobu miały piękną czerwono wiśniową barwę.

Zmiany drobnowidowe były następujące:

1) W spojówce i przybłonku. Naczynia krwionośne były dość znacznie rozszerzone, dokoła nich naciek drobnokomórkowy bardzo nieznaczny, sama zaś spojówka nie była znacznie zgrubiałą, tylko już w obrębie samego rąbka spostrzegaliśmy cokolwiek zgrubiałe naczynia, dokoła niektórych zaś z nich naciek drobnokomórkowy. W wyciętéj części spojówki gałkowéj przybłonek był prawidłowy, komórki warstwy wewnętrznéj miały kształt walcowaty, jednakże w pobliżu rąbka czyli właściwie w danym przypadku w pobliżu miejsca przejścia na przednią powierzchnię nowotworu, grubość warstwy przybłonkowéj odrazu bardzo znaczną się stawała, jednocześnie też można było spostrzedz stożki ku wewnątrz skierowane, a na cięciach złożone zwykle z kilkunastu rzędów komórek. Rozrosty komórek przybłonkowych częstokroć o wiele były znaczniejsze niż w przypadkach Simona i Zirma, a nawet w opisanym przezemnie przypadku samoistnego mięsaka rogówki, gdyż nieraz dochodziły one prawie do saméj błony Descemeta, w tych razach na pierwszy rzut oka przypominały one zraziki gruczołów łojowych z tą chyba różnicą, że przewody ich o wiele były dłuższe i cieńsze, kierunek zaś i płaszczyznę zmieniały tak dalece, że na wielu cięciach otrzymywaliśmy okrągłe lub podługowate, zupełnie odosobnione węzły tkanki przybłonkowéj. Jest wszakże rzeczą godną uwagi, że komórki warstwy zewnętrznéj znowu były walcowate, niekiedy nawet bardzo wyciągnięte, w środku zaś stożków lub węzłów miały kształt rozmaity, bardziéj nieprawidłowy. Najznaczniejszy rozrost komórek przybłonkowych spostrzegałem mianowicie w saméj okolicy rąbka — na jednem cięciu poprzecznem znajdowałem niekiedy pięć maczug przybłonkowych obok siebie położonych. Zresztą spostrzegałem stożki wzdłuż całéj prze-

dniéj powierzchni nowotworu, jakkolwiek wysokość ich znacznie już mniejszą była. Nadto w samym przybłonku następowały pewne zmiany — grubość jego malała, komórki zaś warstwy głębokiéj z walcowatych stawały się raczéj sześciennemi. Wogóle przybłonek pokrywał powierzchnię nowotworu w postaci zupełnie całkowitéj warstwy, w komórkach zaś jego żadnych zmian chorobowych nie dostrzegłem.

2) W rogówce błona Descemeta była zupełnie prawidłową, również jéj śródbłonek. Przestwór Fontanny żadnych zgoła zmian nie przedstawiał, dokoła przewodu Schlemma nie było również ani śladu nacieku drobnokomórkowego. Wewnętrzne warstwy rogówki, wogóle około 0·5 mm. grube, były zupełnie prawidłowe, można tylko było spostrzegać dość znaczne ich rozluźnienie. Ku wewnątrz odgraniczała tę prawidłową część rogówki cienka warstwa naczyń krwionośnych włosowatych, które pochodziły w części tylko ze spojówki, przeważnie natomiast z białkówki, mianowicie z jéj warstwy zewnętrznéj. Dokoła naczyń można było spostrzedz dość znaczny naciek drobnokomórkowy, ku wewnątrz od warstwy naczyniowéj pęczki włókienek właściwéj istoty rogówkowéj zmieniały równoległy względem rogówki kierunek na ukośny i rozgałęziając się coraz bardziéj, znikały w końcu pośród istoty nowotworu. Nadto obok brzegu nowotworu wstępowały doń dość znaczne pęczki tkanki łącznéj z błony przedspojówkowéj, które następnie rozgałęziały się również w istocie nowotworu, nie nadając mu jednak bynajmniéj budowy siatkowéj. Na wyrobach, zabarwionych podwójnie siniawcem kampeszowym i karminem, pęczki tkanki z obu źródeł powstałe, występowały wyraźnie na błękitno fijoletowem tle głównéj masy nowotworu, jako pasemka barwy amarantowéj; na wyrobach zaś zabarwionych ałunowym karminem miały one barwę bardziéj żółtawą na tle już wiśniowem. Naczynia krwionośne, wogóle bardzo cienkie, wstępowały do nowotworu w niewielkiéj bardzo ilości od wspomnianéj warstwy naczyniowéj, która odgraniczała utrzymane prawidłowe warstwy rogówki od zwyrodniałych. Przeważnie zaś brały naczynia początek od naczyń spojówki, rozgałęziały się w obrębie nowotworu, zdążając równocześnie ku środkowi i ku częściom obwodowym nowotworu — części środkowe o wiele obficiéj były unaczynione, — grubszych zresztą naczyń wcale nie było, cienkie zaś naczynia znajdowałem nawet pod samą prawie błoną przybłonkową. Sam nowotwór składał się z okrągłych, niezbyt drobnych komórek, ułożonych pośród skąpéj tkanki międzykomórkowéj, należał więc co do budowy do mięsaków okrągłokomórkowych.

III. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

16. Maryja Kosowska, lat 7, przyjęta d. 3 września 1880. Miała cierpieć na zimnicę, rano miała dostać „spazmów“, oddana wieczorem do szpitala okazywała tylko zarumienienie policzków i niepokój mięśniowy, c. w. 37·3.

Status praesens 4 go: Kościec prawidłowy, odżywienie dość dobre. Na skórze kończyn tak górnych jak dolnych blizny po wrzodach, jak z wejrzenia sądzić można, zołzowych. Gruczoły karkowe i podszczękowe znacznie obrzękłe i twarde. Błony śluzowe prawidłowo zabarwione. W płucach zmian wykazać nie można, tony serca czyste, tętno regularne, silne, nie zmienia się przy wstrząsaniu głową choréj. Brzuch wysklepiony, śledziona powiększona, macalna. Od dnia wczorajszego zatrzymanie stolca. Przytomność niepewna, chora jakby otumaniona, słuch przytępiony, źrenice obie rozszerzone.

Wieczorem przypady te ustąpiły, chora zupełnie przytomna, rozmowna, daje na zapytania najdokładniejsze odpowiedzi, c. w. 36·8.

5/IX. Oprócz bólu głowy tępego, na jaki się żali, nic chorobowego niema. Ciepłota prawidłowa, apetyt dobry.

6/IX. Zatrzymanie stolca, wypieki na policzkach wieczorem.

7/IX. Stan podobny jak 4 września; chora nic nie mówi, ani na zapytania nie odpowiada, leży jakby w otrętwieniu, tylko wciąż oczy zmruża, głowa ku tyłowi podana, toczenie piany. Przy badaniu przełyku wydaje głos monotonny, chrypliwy. Źrenice rozszerzone. O godzinie 9½ rano najzupełniejszy napad padaczkowy. Wieczorem po przespaniu się powrócił stan dawniejszy. Po oleju rycinowym stolec zbity czarny.

Do 15 września prócz chwilowego bólu głowy i zatrzymania stolca ma się zupełnie dobrze.

15/IX gorączkuje pod wieczór, c. 38·8, w nocy spać nie może.

16/IX c. r. 37·0. Na potylicy i karku świeży wyprysk, c. w. 39·6. Badanie fizyczne daje wyniki ujemne.

17/IX c. r. 39·4. W płucach zmian niema, świeżego obrzęku śledziony niema. Mimo gorączki chora swobodna i ma apetyt, c. w. 38·0.

18/IX c. r. 37·0, c. w. 39·3, wieczorem po trzykroć wymioty.

19/IX c. r. 37·3, w. 39·4. Stan ten sam, wymioty.

20/IX c. r. 38·0. Śpiączka ustawiczna, brak apetytu, zaparcie stolca, ból głowy silny w czole, jednorazowe wymioty, na dziąsłach szczęki dolnéj owrzodzenia. W moczu ilość białka spostrzegalna, chlorki prawie prawidłowe, ciepł. w. 39·6.

21/IX c. r. 38·5. Stan ten sam, chora traci chwilowo przytomność, zrywa się i krzyczy przeraźliwie. Nadmierna przeczulica skóry, szczególniéj na kończynach dolnych, które silnie do brzucha przyciąga, brzuch nieckowato zapadły. W narządach wewnętrznych żadnych zmian wybadać nie można. Dwukrotne wymioty, c. w. 38·4. Źrenice prawidłowo rozszerzone, oddziaływają należycie. Rozkaz pokazania języka wykonywa chora natychmiast mimo stanu półprzytomnego.

W dniach następnych do 28-go stan względnie lepszy, przytomna, apetyt wraca, pozostał tylko ból głowy, zaparcie stolca, tylko 25-go były wymioty, humor tylko zmieniony, chora jest płaczliwą i nie chce się z dziećmi bawić.

Ciepłota zachowywała się jak następuje:

22/IX	c. r. 37·9,	c. w. 38·2
23	„ 37·6	„ 38·6
24	„ 38·2	„ 38·2
25	„ 37·8	„ 38·6
26	„ 37·2	„ 38·1
27	„ 37·2	„ 37·1.

Tętno było nieregularne, początkowo przyspieszone 120—160, późniéj coraz wolniejsze, w miarę obniżania się ciepłoty, przepuszczające, zmieniające się przy ruchach choréj.

28/IX. Drgawki ograniczające się głównie do mięśni twarzy, chora nieprzytomna, tężec karkowy, źrenice szerokie, cera zmieniona szaro-żółta. C. r. 37·4, w. 37·6.

29/IX. Drgawki trwały z przerwami całą noc i obejmowały kolejno mięśnie gałek ocznych, nosa i mięśnie mimiczne, wreszcie mięśnie kończyn górnych. W przerwach była niespokojną, krzyczała przeraźliwie, chwytała się ręką za głowę i nie okazywała śladów przytomności.

30/IX. Stan ten sam co wczoraj. Ciepłota nie podwyższona.

1/X. *Opisthotonus* bardzo znaczny, bolesność kręgosłupa aż do części lędźwiowéj. Drgawki kloniczne mięśni twarzy, bezwiedne oddawanie moczu i kału. Nieprzytomność, c. r. 38·0. W dolnéj części płuca prawego liczne drobniutkie rzężenia przy głębokim wdechu (westchnieniu spazmatycznem), odgłos wypukowy z tyłu i u dołu klatki piersiowéj jakoteż w pasze po stronie prawéj przytłumiony, ciepł. w. 38·0.

2/X. Stan ten sam, tylko źrenice wązkie i ustawiczne podrzucanie kończyny górnéj prawéj.

3/X. Wykrzykiwanie ustało, *opisthotonus* słabszy, kończyna prawa w spokoju, natomiast lewa w ciągłych ruchach. W dolnéj części płuca prawego oddech oskrzelowy. Odgłos wypukowy czczy i stłumiony. Ciepłota tylko 37·6 rano a 38·1 wieczór, tętno nieregularne 72—114.

4/X. Przy połykaniu zakrztuszanie się a potem wymioty, brzuch całkiem zapadnięty, za dotykaniem skóry występują natychmiast plamy Trousseaua. Drgawek silniejszych niema, natomiast drganie mięśni wszystkich kończyn jakby dreszcze i przebieranie palcami.

5/X. Stan ogólny ten sam, chora nieco spokojniejsza, połykanie utrudnione, czucie i odruchy na kończynach zmniejszone, przykurczenia. W płucu prawem stan ten sam, w lewem liczne drobne rzężenia. C. r. 36·5, tętno 60. Oddech nieregularny, przerywany.

6/X. Upadek sił, leży bez ruchu, kończyny podniesione opadają bezwładnie, odruchów niema, rogówki zaschłym śluzem pokryte, źrenice bardzo szerokie nie oddziaływają więcéj na światło. *Sopor*, oddech charczący. Ciepłota 37·0. Po południu o godzinie $3^1/_2$ umarła.

Sekcyja wykonana 7 października wykazała: *Leptomeningitis basis cerebri tuberculosa cum hydrocephalo ventriculorum acuto. Pneumonia crouposa dextra* (*hepatisatio rubra*), *lobularis sinistra. Degeneratio adiposa m. cordis*, *renum*, *hepatis. Tumor lienis chronicus.*

Czaszka prawidłowo symetryczna, opona twarda gładka, blada, wzdłuż zatok nieco przekrwiona, wewnętrzna jéj powierzchnia gładka. Opony miękkie cienkie, silnie na wypukłościach obu półkul przekrwione. Na podstawie w sąsiedztwie nerwów wzrokowych i mostu Varola obfita ilość zielono żółtéj galaretowatéj wypociny, towarzyszącéj także naczyniom większym. W zatoce Sylwiusza dość znaczna ilość nieregularnie rozsianych, miejscami na drobnych naczynkach usadowionych gruzełków. Zwoje mózgu znacznie spłaszczone, rowki wygładzone. Na przekroju kora ciemnoczerwona, sinawa miejscami, wyraźnie od rdzeniowéj odgraniczona, spójności prawidłowéj. W istocie rdzeniowéj nieliczne prążki i kropki ciemno czerwone. Komórki mózgowe znacznie rozszerzone, zawierają do 200 grm. płynu mętnego surowiczego. Powierzchowne warstwy ciała prążkowatego i wzgórków wzrokowych miękkie, miejscami rozmiękłą białawą miazgą pokryte.

Błona śluzowa krtani prawidłowa. Oba płuca wolne; na opłucny lewego płuca nieliczne, dość rozległe wynaczynionki krwawe. Opłucna prawego płuca w dolnych częściach pokryta świeżą włóknikową wypociną. Dolny i średni płat płuca prawego na przekroju szarobrunatnawe, lekko ziarniste. Z powierzchni spływa mętna ciecz lepka. Miąższ nader kruchy, bezpowietrzny, oskrzela tych części przepełnione gęstą zielono-żółtą ropiastą cieczą. Części górne surowicze obrzękłe, zawierają wszędzie powietrze.

W płacie dolnym płuca lewego nieliczne ogniska bezpowietrzne ciemno-czerwone, zbite, wśród miąższu nieco przekrwionego, surowiczo obrzękłego.

Gruczoły oskrzelowe miernie tylko powiększone, sinawe, soczyste.

Serce rozmiarów prawidłowych, mięsień blady, spójności nieco zmniejszonéj. Śródsierdzie i zastawki prawidłowe, w obu jamach nieliczne świeże skrzepy krwi.

Wątroba miernie stłuszczona niedokrewna. Śledziona miernie powiększona, miąższ na przekroju ciemno czerwony, znacznéj zbitości. Obie nerki blade niedokrewne, miernie stłuszczone, miedniczki prawidłowe. Nadnercza, trzustka, połyk i żołądek prawidłowe.

W jelicie cienkiem kępki Payera i gruczołki odosobnione nieco przekrwione wydatniejsze, błona śluzowa jelita blada, na fałdach nieco przekrwiona. Błona śluzowa jelita grubego prawidłowa. Gruczoły limfatyczne nieco powiększone, blado-różowawe, soczystsze. Pęcherz moczowy prawidłowy.

Rdzeń kręgowy wraz z oponami nie okazuje zmian żadnych.

Gruczoły szyjowe, karkowe i podszczękowe znaczniéj powiększone, soczyste, blado-różowawe na przekroju.

Przypadek ten ciekawy jest o tyle, iż rozpoczął się od napadu padaczkowego, iż od rozpoczęcia się choroby aż do zakończenia śmiertelnego ubiegło dni 34, iż okresy zadrażnienia, ucisku i porażenia wybitnie były wyrażone, iż wreszcie nie było nigdzie więcéj w organiźmie zmian gruźliczych, czy to świeżych czy ognisk serowatych, że zejście śmiertelne nastąpiło prawdopodobniéj z zapalenia płuc, które w ostatnim tygodniu się rozwinęło, a bez którego możeby chora jeszcze czas dłuższy pożyć mogła, gdyż zmiany w oponach mózgowych były dość ograniczone. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Ehrmann (Wiedeń): **Anatomija i fizyjologia barwika skóry.**

E. polemizując z Jarischem przedstawia wyniki swoich dawnych i obecnych studyjów nad anatomiją i fizyjologiją barwika skóry. Zdaniem E. barwik skóry tworzy się w miazdrze skórnéj, a nie w przyskórku i to w czasie, gdy już ciałka krwi czerwone istnieją. Barwik skórny wytwarza się z barwika krwi, jak tego dowodzą złogi pigmentu znajdowane w plasmodyjach zimniczych, które wyługowują niejako barwik z ciałek czerwonych krwi. Bynajmniéj nie jest udowodnionem powstawanie barwika skórnego ze składników jądra lub pierwoszczy komórek; barwik powstaje w pierwoszczy, lecz z materyjału, którego dostarcza krew. Możliwem jest, że i z żółtka płodowego barwik się wytwarza, ponieważ w żółtku muszą się znajdować te chemiczne połączenia, które wchodzą w skład pierwszych ciałek krwi. Wytworzony barwik układają w warstwie przyskórka komórki o czynnych ruchach; wreszcie i prądy w saméj pierwoszczy istniejące pomagają do złożenia barwika w warstwy przyskórka. (*Aerztl. C. Anz.* Nr. 29, 1892).

Dr. Wachholz.

Patologija.

Wł. Gajkiewicz: **O akromegalii.**

Z opisami téj choroby spotykamy się w literaturze lekarskiéj jeszcze z przeszłego wieku, żaden jednak z autorów nie podał dokładnéj symptomatologii choroby; dopiero w r. 1886 Pierre Marie nadał jéj obecne miano akromegalii, opisał dokładnie dwa przypadki z kliniki Charcota, a uzupełniwszy spostrzegane przez siebie objawy opisami dawniéjszych autorów podał cechy odróżniające tę chorobę od innych podobnych.

Dotychczasowa statystyka obejmuje około 40 opisów akromegalii a objawy we większéj ilości spostrzeżeń są następujące: 1) Najważniejszą, w oczy bijącą cechą jest równomierny, symetryczny przerost rąk, nóg i głowy jak niemniéj skrzywienie stosu kręgowego. Zmiana ta odnośnie do kończyn zajmuje członki palców, śródręcze i śródstopie. W przeroście biorą udział wszystkie tkanki, nie okazując przytem w swej budowie zboczeń od prawidłowego utkania. 2) Z części głowy najczęściéj i najwydatniéj ulega zniekształtnieniu twarz chorego, przybierając kształt wydłużony. Nos powiększa się we wszystkich swych wymiarach, wargi, przeważnie zaś dolna grubieje i wydłuża się tak dalece, że odwija się i zwiesza ku dołowi, odsłaniając przerosły język, który nie mogąc się pomieścić w jamie ust, wystaje na zewnątrz. Rzadziéj już podlegają powyższéj zmianie: powieki, policzki, podniebienie twarde i miękkie wraz z migdałkami i języczkiem. W nielicznych przypadkach spostrzegano przerost pojedynczych kości czaszki. 3) Zmiany w tułowiu są już mniéj stałe, dość często jednak jeszcze powstaje skrzywienie kręgosłupa jako *kyphosis cervicodorsalis*, rzadziéj spostrzegano lordozę i skoliozę. Przerostowi ulegać nadto mogą kręgi i mostek, który stercząc ku przodowi, tworzy rodzaj garbu. 4) Z innych objawów zasługują jeszcze na uwzględnienie: zgrubienie szyi, stępienie odgłosu wypukowego w górnéj części mostka, mające pochodzić od istniejącéj, a nawet przerosłéj grasicy (Erb.), przerost zewnętrznych części rodnych; naodwrót zaś przedwczesny zanik macicy i jajników u kobiet a jąder u mężczyzn. 5) Kilkakrotnie spostrzegano

zmiany w czuciu, w pobudliwości mięśniowéj i nerwowéj. W moczu wykrywano nieprawidłowe składniki, jak: białko, pepton, cukier. Do objawów podmiotowych, na które chorzy stale żalić się zwykli, należą gwałtowne bole głowy, przedwczesne ustanie miesiączki, znikanie popędu płciowego, zaburzenia w sferze wzroku, rzadziéj słuchu, smaku i węchu. Usposobienie takich chorych staje się posępne, płaczliwe, do jakiejkolwiek pracy są niezdolni.

Przy badaniach pośmiertnych przedsięwziętych w kilku przypadkach znajdowano najwybitniejsze zmiany w zakresie czaszki, a mianowicie: zwężenie otworów wzrokowych, powiększenie wszystkich zatok wśród czaszki się znajdujących. Z części mózgu bardzo często ulega obrzmieniu przysadka, rzadziéj szyszka mózgowa. Ze zmian w innych narządach spotykanych na stole sekcyjnym podaję przerost wątroby, nerek, a nawet i innych trzew; niekiedy spotykano tę samą zmianę w zakresie nerwów mózgowych i rdzeniowych. Wszystkie te zmiany rozwijają się zwolna, a dziać się to zwykło w okresie dorastania lub w pierwszych latach dojrzałości chorych.

Teoryj, mających tłomaczyć sposób powstawania akromegalii, mamy kilka. Najbardziéj rozpowszechnioną jest teorya t. zw. nerwowa, jedni z jéj zwolenników, jak Rerklinghausen uważają za punkt wyjścia choroby zmiany w ośrodkach nerwowych i samychże nerwach obwodowych, drudzy przypisują powstawanie akromegalii zmianom w przysadce mózgowéj. Klebs tłomaczy ją wytwarzaniem się w grasicy śródbłonka naczyniowego, który uniesiony prądem krwi do końcowych naczyń włosowatych wywołuje wzrost sieci naczyniowéj, a w dalszem następstwie przerost odpowiednich części ciała. Najmniéj prawdopodobnem wydaje się tłomaczenie Freunda, który powstawanie akromegalii wprowadza w ścisły związek z zaburzeniami płciowemi w okresie rozwoju, przypuszczając u każdego człowieka już fizyjologiczne poniekąd usposobienie do nieprawidłowego rozwoju w tym właśnie okresie, które z wiekiem ustępuje. Do chorób podobnych należą: choroba Pageta czyli *osteitis deformans* i *myxoedema*, obie jednak te choroby mają do tyla charakterystyczne cechy, że odróżnić je łatwo od akromegalii.

Przechodząc do opisu spostrzeganego przez się przypadku, podaje autor, że dotyczy on osoby 43-letniéj. Choroba rozwijała się zwolna, trwa zaś, o ile z wywiadów wnosić można, od lat kilku. Chora okazuje wszystkie objawy, z którėmi się w większości przypadków akromegalii spotykamy, a więc przerost rąk, nóg, nosa, warg i języka, podniebienia miękkiego i migdałków. Głos jest zmieniony. Z rzadszych objawów wspomina autor o powiększeniu sutków i gruczołu łzowego prawego, przyczem z brodawek sączy się przy ucisku ciecz do siary podobna. Na szyi choréj znajduje się guz wielkości pomarańczy, na skórze kilka mięk- czaków. Dalsze zaburzenia dotyczą wzroku, którego badanie wykazuje ścieśnienie pola widzenia na zewnątrz o tyle jeszcze ciekawe, że kilkakrotne badania wykazywały za każdym razem inny obraz perymetryczny. W moczu wykryto znaczniejszą ilość mocznika, indykan, białko, cukier i ślady acetonu; w osadzie stwierdzono pojedyncze wałeczki ziarniste i leukocyty. Chora sama żali się na gwałtowne bóle głowy i osłabienie wzroku; co do peryjodów podaje, że tych już od lat 6-iu nie miewa.

W opisanym przypadku obok zwykłych objawów wydzielanie acetonu moczem i zwiększone wydzielanie gruczołów sutkowych jako pierwszy raz spostrzegane, zasługują na uwagę, jako rzadsze objawy. (*Gaz. lek.* Nr. 43, 44. 1891).

Dr. L. Korczyński.

Choroby wewnętrzne.

Stein (Wiedeń): **Użycie salolu w celu badania czynności żołądka.**

Pierwsi Sievers i Ewald polecili użyć salolu, celem rozpoznania motorycznych czynności żołądka. Próba też salolowa znana jest odtąd specyjalistom. Obaj ci badacze oparli swe doświadczenia na własności salolu, że w kwaśnéj treści żołądkowéj jest nierozpuszczalny, a rozpuszcza się w alkalicznej treści kiszek i tam się rozkłada. Z czasu potrzebnego do wykrycia pierwszych śladów kwasu salicylowego w moczu sądzi się o notorycznéj sile żołądka. Od pierwszéj publikacyi Sieversa i Ewalda (1877) jedni uważali próbę salolową za zupełnie pewną (Einhorn, Metz, Silberstein z kliniki Senatora), inni nie przypisywali jéj wielkiéj wartości (Brumer, Huber, Wotitzky z kliniki Jakscha), zarzucając jéj, że często nawet u zupełnie zdrowych kwasu salicylowego po zadaniu salolu w moczu nieznajdowali. S. chcąc ostatecznie kwestyję rozstrzygnąć, przeprowadził w pracowni fizyjologicznéj prof. Exnera szereg doświadczeń na zwierzętach. W tym celu podwiązywał po otwarciu i następnem zaszyciu jamy brzusznéj, żołądek przy odźwierniku podwójną ligaturą, następnie za pomocą sondy wprowadzał do żołądka 1 gr. salolu. Wstrzykiwał także salol w roczczynie eteru podskórnie. Wyniki, do jakich doszedł, są następujące: 1) Przy podwiązanym odźwierniku salol w żołądku ulega wessaniu, poczem jego części składowe (kwas salicylowy i fenol) przechodzą do moczu. W samym żołądku części tych nie można było wykryć. 2) Nagromadzony w znacznéj ilości śluz w żołądku rozkłada salol. 3) Po podskórnem wstrzyknięciu wydzielanie tych części z moczem trwa około dwóch dni.

Z obecności zatem kwasu salicylowego w moczu, po zadaniu salolu, nie można wnioskować o prawidłowéj lub zmienionéj sile skurczowéj żołądka. (*Wr. med. Wschft.* Nr. 43. 1892).

Dr. Mendelsburg.

Choroby umysłowe.

Krypiakiewicz: **Kilka spostrzeżeń nad krwią obłąkanych**

Badania Ehrlicha a zwłaszcza Neussera czynione nad krwią, wykazały olbrzymią wartość rozbiorów krwi dla celów klinicznych. K. korzystając z materyjału zakładu prywatnego dla obłąkanych w Laincu koło Wiednia, przedsięwziął badania krwi obłąkanych. Przekonał się, iż u kobiet dotkniętych chorobą umysłową w czasie regularności krew zawiera podobnie jak u kobiet umysłowo zdrowych w okresie miesiączkowania liczbę ciałek eozyno-chłonnych zdwojoną. Stan ten pojawiał się u kobiet przez K. badanych często już w przededniu miesięcznego krwawienia, potęgował się aż do trzeciego dnia trwania regularności i ginął wraz z ustaniem tejże. We krwi mężczyzn dotkniętych niedołęztwem porażennem nie zauważył nigdy powiększenia się ilości ciałek eozyno chłonnych, mimo iż zwiększenie ilości ciałek białych dość często w téj formie choroby umysłowéj się spotyka. K. przypuszcza ztąd, iż zwiększenie się ilości ciałek białek limfatycznych wpływa na zwiększenie się ogólnéj liczby ciałek białych, jednak ciałka eozyno-chłonne mogą w normalnéj ilości się utrzymać. Również stwierdził K., że w krwi chorych dotkniętych niedołęztwem końcowem ciałka eozyno-chłonne ilościowo się nie zmieniają.

W trzech przypadkach ostro występującéj psychozy z szczególnem podrażnieniem sfery płciowéj K. był w stanie wykazać już to mniéj już to więcej znaczne zwiększenie się ilości ciałek eozynochłonnych.

W ciągu poszukiwań za ciałkami eozyno chłonnemi, wykrył K. znaczne zmiany w ciałkach krwi czerwonych w tych przypadkach, w których choroba ostro przebiegając, rychło do niedołęztwa końcowego doprowadziła. Zmiany te, przedstawiające się w postaci makrocytemii, mikrocytemii i poikilocytozy, a więc w postaci spotykanéj w przebiegu niedokrewności złośliwéj postępowéj, nie stały w żadnym stosunku do zewnętrznie osądzić się dającego stopnia odżywienia ciała.

Autor sądzi, iż niedokrewność badaniem krwi w tych przypadkach przez niego stwierdzona, zdaje się zachodzić w prostym stosunku do stopnia szybkości przebiegu ostrych form chorób umysłowych i przechodzenia tychże w niedołęztwo następowe. Zdaje się, iż niedokrewność ta jest skalą mierniczą natężenia chorobowego pracy wszystkich nerwów wogóle, w szczególności zaś nerwów wpływających na utrzymanie i odradzanie się ciałek krwi czerwonych.

Autor przypuszcza, iż stwierdzenie téj niedokrewności będzie miało doniosłe znaczenie prognostyczne, o ile, jak się

zdaje zmiany te we krwi w przypadkach ostro przebiegających chorób umysłowych, wyprzedzają objawy psychiczne, świadczące o wystąpieniu niedołęztwa następowego.

W końcu podnosi K. doniosłość badania krwi obłąkanych a to ze względów leczniczych; często bowiem drobnowidem stwierdzona niedokrewność może być przyczyną choroby umysłowéj; usunięcie niedokrewności odpowiednem leczeniem może być w stanie uleczyć lub złagodzić chorobę umysłową. (*Wien. medic. Wochschr.* Nr. 25 i 26. 1892).

Dr. Wachholz.

Choroby dzieci.

Kramsztyk: **Epidemija bezpośrednio po sobie następującego kuru. Kur i wysypka podobna do płonicy.**

Autor obserwował w Warszawie w ostatnich 4 latach 88 przypadków kuru u 38 chłopców i 50 dziewcząt wśród dwóch epidemij (jedna wybuchła w szkole publicznéj, druga w prywatnym zakładzie freblowskim), odznaczających się bardzo wielką zaraźliwością. Opisuje przytem 9 przypadków, w których 3—8 dni po przebyciu kuru, po 2—3 dniowym dreszczu powstała odra z nader ciężkim przebiegiem, co stanowi najlepszy dowód, że obie te choroby mają zupełnie odrębne tło etyjologiczne, gdyż przebycie jednéj nie chroni od drugiéj choroby, stąd też nazwa *rubeola morbillosa* należy z terminologii zupełnie usunąć. W trzech przypadkach kuru powstała wysypka na skórze podobna do płonicowatéj, a już opisy takich przypadków ogłosił Filotow pod nazwą: *rubeola scarlatinosa.* Nazwę tę należy również wyrzucić z terminologii, bo sprowadza tylko chaos w rozpoznawaniu chorób zakaźnych, polegający na tem, iż z saméj wysypki na skórze bez uwzględnienia całego przebiegu klinicznego i zmian anatomicznych nic wnosić nie można, a połączenie kuru i płonicy jedynie na podstawie zmian na skórze jako jednéj choroby jest niemożebne.

Wysypki podobne do płonicy obserwował autor także w przebiegu epidemii influenzy i do tejże odnosi przypadki ogłoszone przez Filatowa. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde,* B. XXXIV, 2 i 3 H. 1892). *Dr. Komorowski.*

Choroby oczne.

C. Maurer (jun.): **Sparzenie spojówki oka przez** *hydrarg. praecip.* **przy równoczesnem używaniu jodku potasu zewnętrznie.**

Wiadomo powszechnie, że przy stosowaniu kalomelu do oka unikać należy równoczesnego podawania KJ wewnętrznie, gdyż jod wydzielając się ze łzami, rozkłada kalomel na jodek rtęciowy i rtęciawy, które to połączenia wywierają silnie żrące działanie na błonę śluzową. Wszystkie przypadki sparzenia spojówki w ten sposób znane w literaturze, odnoszą się do kalomelu, przypadek więc autora jest tem ciekawszy, że chory, u którego wprowadzał do oka maść z *hydrarg. praecip. alb.*, zastosował sobie bez jego wiedzy na *scrotum* z powodu cierpienia jąder maść jodową: *ungu. kali jodati,* poczem wystąpiły charakterystyczne objawy sparzenia spojówki. Przypadek ten dowodzi więc, że nawet mała ilość jodu stosowanego zewnętrznie, dostać się może w obieg krwi, czy to przez skórę, czy drogą narządu oddechowego, czy też obiema drogami, a wydzielając się następnie ze łzami rozłożyć stosowane do oka połączenia rtęci nawet w postaci maści. Że w przypadku powyższym jod rzeczywiście znachodził się we krwi, potwierdziło badanie moczu. Na podstawie tego doświadczeniu, gdzie tak mała ilość jodu zastosowanego zewnętrznie rozłożyła maść rtęciową w worku spojówkowym z następowem sparzeniem spojówki, przestrzega autor przed podobnemi przypadkami. (*Arch. f Augenheil. B.* XXII. *H.* 1). *Dr. Langie.*

Toksykologija.

Rudolf (Magdeburg): **Cztery zatrucia lulkiem, jedno atropiną.**

R. spostrzegał w szpitalu magdeburskim cztery przypadki otrucia nasieniem lulka u chłopców w wieku 11, 9, 7 i 5 lat, nadto otrucie atropiną u kobiety 30 letniéj. Objawy były następujące; suchość i zaczerwienienie skóry, suchość błon śluzowych, tętno szybkie, źrenice rozszerzone, niepokój i rozstrój maniakalny, w jednym przypadku nieznaczne podniesienie ciepłoty, w jednym zaś osutka na skórze podobna do płonicowéj.

Różnica zatrucia lulkiem a atropiną w przypadkach tych uwidoczniała się: 1) rozstrojem maniakalnym silniejszym w przypadkach otruć lulkiem, 2) zwężeniem źrenic w tych ostatnich przypadkach w czasie snu; po obudzeniu chorego źrenice natychmiast *ad maximum* się rozszerzały, 3) śpiączką przy zatruciu lulkiem.

Morfina jako odtrutka zastosowana w przypadkach tych oddała doskonale usługi, okazując się w większych dawkach, niż zwykle podana, doskonałym antagonistą atropiny i hyoscyaminy. (*Centralbl. f. klin. Med.* Nr. 40. 1892).

Dr. Wachholz.

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

Ogłoszone przez Klemperera badania nad szczepieniem ochronnem cholery, których wyniki w jednym z poprzednich numerów podaliśmy, wywołały żywą polemikę między autorem a Guttmanem, który dowodził, że te szczepienia ochronne nie różnią się od tych, które zalecał i w r. 1884 wykonał Ferran. Obecnie do twierdzenia Guttmana przyłącza się Aviragnet, przyznaje jednak, że szczepienia ochronne Klemperera i Haffkina, różnią się tylko od metody lekarza hiszpańskiego tem, że są naukowo przeprowadzone, dlatego łatwiéj trafiają do przekonania. Wyniki szczepień według Ferrana przeprowadzonych w różnych prowincyjach hiszpańskich, przedstawiają się według cyfr dokładnych, zebranych przez wysłannika Stanow Zjednoczonych półn. Ameryki, bardzo pomyślnie. I tak z mieszkańców 22 miast prowincyi Walencyja szczepiono 30.491, nie szczepiono 104.561. Z pierwszych zapadło na cholerę 387 a zmarło z tych 104 (25% śmierteln.), z nieszczepionych zachorowało 8406 z 3512 przypadków śmierci (43%). Szczepionych zatem 9 razy mniéj zachorowało, a śmiertelność u nich była 6 razy mniejsza niż u nieszczepionych. Przytem zwraca A. uwagę na nędzne stosunki hygieniczne, wśród których ludność hiszpańska żyje. Objawy występujące po zaszczepieniu czystéj hodowli prątków przecinkowych według Ferrana opisuje pewien lekarz w ten sposób szczepiony; są one takie same, jakie zauważyli Haffkine i Klemperer.

Sam Ferran przesłał pismo do *„Société de biologie"* na ręce prof. Chauveau, który je odczytał na posiedzeniu w dniu 15 z. m. odbytem. W piśmie tem dowodzi on również, że metody szczepienia ochronnego Haffkina i Klemperera są tylko odnowieniem i dalszem rozwinięciem jego prostéj metody. Jeżeli człowiek zażyje (wewnętrznie) 5—6 kropel osłabionéj hodowli bulionowéj prątka przecinkowego, z któréj 4—6 cm. sz. wstrzykniętych podskórnie królikowi zabija go, to w następstwie tego powstaje lekka choleryna, która w krótkim czasie sama przez się ustępuje. Osoby w ten sposób szczepione, przebywszy cholerynę, stają się odporne przeciw cholerze azyjatyckiéj. To też F. sądzi, że w przyszłości leczenie cholery będzie polegało na tem, że do zbiorników wody przeznaczonéj dla ludności lub do źródeł wniesie się odpowiednią ilość osłabionych hodowli, przez co całą ludność podda się szczepieniu ochronnemu *en masse*, w którego skuteczność F. wcale nie wątpi.

Chauveau od siebie przyznał Ferranowi pierwszeństwo co do szczepienia, jednakże dla jasnych przyczyn nie pochwala takiego gromadnego szczepienia nie dającego się kontrolować. (*Bulletin médic.* 1893, Nr. 83).

Gironde (*Société de biologie*, 15 października) spostrzegał w szpitalu Beaujon w Paryżu 78 przypadków cholery z 58 przypadkami śmierci a 28 wyzdrowień, badając wszystkie pod względem bakteryjologicznym. W 67 przypadkach badanie co do obecności prątków przecinkowych dało wynik dodatni, z tych przypadków umarło 44 (ogromny procent śmiertelności!).

G. zauważył, że złośliwość jadu cholerycznego w miarę trwania epidemii się zmniejszała. Podczas gdy hodowle

w kwietniu zabijały szybko świnki morskie wśród objawów ostréj cholery eksperymentalnéj. to z hodowli wrześniowych potrzeba było w tym celu znacznie większych dawek. Ze stanowiska bakteryjologicznego nie zgadza się G. na odróżnianie przypadków prawdziwéj cholery od przypadków z przebiegiem do niéj tylko podobnym, albowiem wykazywał nieraz prątki w lekkich przypadkach, a brak ich było w wybitnych z przebiegiem ciężkim. W dalszym ciągu szukał G. związku między jakością stolców a obecnością prątków przecinkowych. Jakkolwiek w stolcach bezbarwnych, ryżowych jest ich najwięcéj, to przecież nie brak ich też w stolcach ciemno zabarwionych, ani też w dysenterycznych. (*Semaine médicale* 15 październ.).

Girond: Wpływ prątka przecinkowego na wątrobę i trzustkę.

G. badał pod względem bakteryjologicznym wątrobę w 28 przypadkach cholery; w 14 znalazł prątki przecinkowe. W wielkiéj ilości znachodziły się one w żółci, w przewodach żółciowych i przewodzie trzustki. Za życia w przypadkach tych nie było żadnych objawów, któreby wskazywały zmianę w wątrobie lub trzustce, a i po śmierci makroskopowo w narządach tych nie znaleziono nic nieprawidłowego z wyjątkiem dwóch przypadków. W jednym z nich istniało zapalenie pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych aż do najcieńszych rozgałęzień, przyczem prątki choleryczne i w miąższu wątrobowym znachodziły się w czystych hodowlach. W drugim przypadku istniała marskość wątroby zanikowa, trzustka była duża, twarda, i zawierała liczne infarkty. Prątki przecinkowe były liczne w żółci, miąższu wątrobowym, w treści przewodu trzustkowego i w infarktach.

Z tych spostrzeżeń wynika, że sprawa chorobowa w cholerze może rozszerzyć się na przewód żółciowy i trzustkowy i ztąd na miąższ wątroby i trzustki, co jednak nie zawsze prowadzi do zniesienia wydzielania żółci. (*Wien. med. Woch.* Nr. 44). *Dr. A. Beck.*

I. Wachsmuth (Berlin): Środki lecznicze doświadczone ze skutkiem przeciw cholerze.

I. Rp. *Kalihypermangan.*
(Solutio. recens praepar.) 1:1000
Guttam
Aq. destill. 30·0

S. dzieciom co 5 minut łyżeczkę kawową z mrożoną wodą, dorosłym co 5 minut łyżkę stołową, przytem kawałki lodu do połykania.

II. Rp. *Magnes ust. 2·0*
Aq. destill. q. s. ad. 30·0
Spir. menth. guttam.
Syrop. simpl. 5·0

S. dzieciom co 10 minut łyżeczkę kawową. Dorosłym co 10 minut łyżkę stołową.

III. Rp. *Inf. flor. Arnic (1 Dgr.) 30·0,*
Natri bicarb. 1·0,
Spir. menth. guttam.
Trae opii simpl. guttam dimid.
Syrup simpl. 5·0.

S- Dzieciom co 1/2 godziny łyżeczkę kawową lub nieco większą. Dorosłym łyżkę stołową (zamiast *Trac opii simpl. gttam dimidiam „guttas 5“*).

Wobec znacznego zaniku sił. Dzieciom 5 kropli *Tinct. Arnicae* na łyżeczce czarnej kawy. Dorosłym do łyżeczki kawowéj *Trae Arnic.* trzy razy dziennie. Zimny kompres na brzuch i tyłogłowie. Gdy gorączka wzmaga się, należy go zmieniać, w innym razie zaczekać aż wyschnie. Rano i wieczorem obmywać ciało wodą słoną, nacieranie, zawijanie w koce. Koniak z sodową wodą lub wino szampańskie z lodem. Dyeta ścisła. Kawa czarna z rumem, kleik; nazajutrz nieco baraniny z gałką muszkatołową. Wino grzane z cynamonem i gwoździkami. (*Allg. med. Central. Ztg.* 1892, 61). *Dr. Karol Reiss w Dukli.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 listopada. Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. w dniu 9 listopada odbytem prezes Ponikło doniósł Towarzystwu, że komisyja wodociągowa na ostatniem nadzwyczajnem posiedzeniu wybrana ukonstytuowała się, obierając przewodniczącym kol. Ponikłę, zastępcą przewodniczącego kol. Kwaśnickiego i poruczyła referat sprawy prof. Browiczowi; — że p. Prezydent miasta zezwolił Komisyi na wglądnięcie w akta komisyi wodociągowéj miejskiéj. Następnie toczył się dalszy ciąg dyskusyi nad przypadkiem jamy w czaszce przedstawionym na ostatniem posiedzeniu przez prof. Obalińskiego, w któréj wzięli udział proff. Browicz, Pieniążek, Obaliński i Dr. Kryński. — Prof. Korczyński imieniem komisyi przemysłowo-lekarskiéj przedłożył wnioski tejże komisyi, które jednomyślnie przyjęto. Na interpelacyję odnoszącą się do kontroli wykonywanéj przez komisyję przemysłową nad sposobem wyrabiania przetworów polecanych przez komisyję, względnie Towarzystwo, odpowiedział wyczerpująco przewodniczący komisyi prof. Korczyński, poczem się wywiązała żywa dyskusyja, zakończona uchwałą Towarzystwa, uznającą działanie Komisyi w téj mierze za prawidłowe, skuteczne i budzące zupełne zaufanie. Odczyt zapowiedziany prof. Browicza z powodu spóźnionéj pory odłożono do następnego posiedzenia.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Pospieszam podzielić się z Wami wiadomością, zaczerpniętą z czasopism niemieckich, oraz z *„Rivista clinica e terapia“* (IX, 1892), iż ziomek nasz Dr. M. Misiewicz odznaczony został pierwszą nagrodą na konkursie w Barcelonie za pracę pod tytułem *„Dysaemia diabetica“*, która wkrótce ukaże się w przekładzie polskim. Autor uwieńczonéj rozprawy znanym jest ze swych prac z dziedziny urologii, pomieszczanych w Przeglądzie Lek., w Nowinach oraz czasopismach niemieckich. Dr. Misiewicz do niedawna prowadził klinikę w m. Łodzi, obecnie zaś spółka lekarska powierzyła mu kierownictwo zakładu leczniczego w Niekłaniu, majątku hr. J. Tarnowskiego.

J. Lesser.

* W liście awansu listopadowego korpusu wojskowo-lekarskiego armii austro-węgierskiéj znajdujemy następujących lekarzy posuniętych na wyższe stopnie: Dr. Maurycy Lion, kierownik szpitala wojskowego Nr. 15 w Krakowie, mianowany starszym lekarzem sztabowym 1-éj kl.; lekarzem sztabowym został Dr. Franciszek Lipez, przy szpitalu Nr. 22 we Lwowie: lekarzami pułkowymi 1-éj kl. zostali: Dr. Wiktor Olexy w Koszycach, Tadeusz Zapałowicz i Władysław Hubicki; lekarzami pułkowymi 2-éj kl.: Wojciech Gramatyka, Bronisław Obfidowicz, Antoni Skiślewicz i Stefan Karaś.

* Wskutek upoważnienia JE. p. Namiestnika p. prezydent miasta ogłosił, że miasto Kraków uznane zostało jako wolne od cholery.

* W tygodniu 43-im (od 23—29 października) było w Krakowie małżeństw 18, urodzeń 47, skonów 42, z tych z gruźlicy 6, z zapalenia płuc 6, z dławca i błonicy 5, z duru brzusznego 3, z płonicy 2, z ospy 1, z cholery 1.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Radzca dworu, profesor chemii lek. w Wiedniu, Dr. Ludwig tegoroczny rektor Uniwersytetu, mianowany został dożywotnim członkiem Izby Panów. — Prof. Kahler z powodu choroby otrzymał urlop, a wykłady jego objął asystent i docent Dr. Krauss. — Przed kilku dniami otwarto uroczyście 3 ią klinikę lekarską we Wiedniu, pozostającą pod kierownictwem prof. Schröttera. — Prof. okulistyki w Jenie Dr. Kuhnt przeniósł się do Królewca, a posadę jego otrzymał docent Wagenmann z Heidelbergu. — Prof. Benjamin Tarnowski w Petersburgu obchodził jubileusz 30-letniéj służby w akademii wojenno-lekarskiéj. — W miejsce prof. Manasseina wybrany został prof. kliniki lekarskiéj w Petersburgu docent Dr. Wil. Sokołów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 19 Listopada 1892. Nr. 47.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr.	80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ „ „ „ 1$^1/_2$ „	„ 3$^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj prof. Dra Madurowicza w Krakowie.

O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnéj.

Podał
Dr. M. Cercha,
I-szy asystent tejże kliniki.

Macica ciężarna może, jak wiadomo, ulegać różnym zboczeniom pod względem położenia, do czego już powiększenie jéj objętości i ciężaru w znacznéj części przyczyniać się musi. To też nawet wśród stosunków fizyjologicznych spotykamy często w pierwszych trzech miesiącach ciąży znaczniejsze przodopochylenie (*anteversio*), przodozgięcie (*anteflexio*) lub obniżenie macicy (*descensus*).

Zmiany te wprawdzie pociągają za sobą pewne nieprzyjemne objawy, odnoszące się do pęcherza moczowego, t. j. parcie i potrzebę częstego oddawania moczu, i ze strony kiszki odchodowéj, t. j. zaparcie stolca; ważniejszych jednak i groźnych następstw zboczenia te nie sprowadzają, a w późniejszych miesiącach ciąży, kiedy macica w miarę powiększania się opuszcza miednicę małą i rośnie ku górze, nieprzyjemne te objawy ustępują w zupełności.

Rzecz cokolwiek inaczéj ma się wtedy, gdy mamy przed sobą tyłopochylenie lub tyłozgięcie macicy. Jestto zboczenie, które w skutkach swych jest daleko groźniejsze, a zwłaszcza wtedy, kiedy, czy to z powodu niekorzystnych warunków dobrowolnie we właściwym czasie nie ustępuje, lub z powodu niedokładnego rozpoznania nie może być radykalnie leczone i przechodzi w okres tak zwanego uwięźnięcia (*incarceratio*), sprowadzając w sąsiednich organach i w saméj macicy groźne zboczenia, które stają się bezpośrednią przyczyną zejścia niepomyślnego dwóch istot odrazu, t. j. matki i płodu. Nie ulega więc wątpliwości, że zboczenie to jest bardzo poważnem powikłaniem ciąży, że zapobiegając jego wystąpieniu lub lecząc je wcześnie, ratujemy matkę a często i płód; gdy przeciwnie, jeżeli zadowalamy się usuwaniem tylko tego lub owego objawu, a nie staramy się po dokładnem rozpoznaniu usunąć przyczyny, to nie tylko zabiegi nasze, jak n. p. systematyczne odprowadzanie moczu, nie przynoszą pożądanego skutku, ale nawet, jeżeli nie zachowujemy pewnych ostrożności, to sprawę całą pogarszamy. — Że tak jest rzeczywiście, będą mogli Szanowni Czytelnicy przekonać się z opisu trzech przypadków, których historyje choroby w końcu przedstawię, a które miałem sposobność obserwować i leczyć w klinice położniczo-ginekologicznéj, trzech podobnych zupełnie przypadków, a tak wielce różniących się ze względu na następstwa, sposób i wynik leczenia.

Z przebiegu choroby będzie można poznać, jak świetne skutki przynosi dokładne rozpoznanie i wczesne leczenie z jednéj strony, i to leczenie, które nie wymaga żadnych ważniejszych zabiegów, a z drugiéj strony, jak niepomyślnie sprawa zakończyć się może, a nawet musi, mimo odpowiedniego lecz niestety spóźnionego leczenia przyczynowego. Spóźnionem zaś nazywam leczenie wtedy, jeżeli sprawa cała trwała już długo i wywołała zboczenia w sąsiedztwie, zwłaszcza gdy chora szukała pomocy wcześniéj, ta jednak ograniczyła się do usuwania pewnych tylko objawów chorobowych bez uwzględnienia przyczyny. Zaprzeczyć się nie da, że są pewne trudności w rozpoznawaniu ciąży we wczesnym okresie, nawet wśród warunków fizyjologicznych, a cóż dopiero, jeżeli ma lekarz do czynienia z przypadkiem patologicznym powikłanym? — trzeba w takich razach wprawy w badaniu zestawionem, jakiego używamy w przypadkach ginekologicznych, a pomyłki uniknąć można, zwłaszcza że objawy towarzyszące tyłozgięciu macicy ciężarnéj są bardzo wybitne i cechujące, badanie przedmiotowe również, a nie wiele mamy chorób, które wykluczyć należy.

Nim przedstawię Szan. Czytelnikom historyje choroby tych trzech przypadków, sądzę, że ze względu na ważność sprawy nie nadużyję Ich cierpliwości, jeżeli wspomnę pokrótce o przyczynach, rozpoznawaniu, zejściach możliwych i o leczeniu tego tak ważnego powikłania ciąży, zaznacza-

jąc równocześnie, że nie będę robić różnicy między tyłopochyleniem a tyłozgięciem macicy ciężarnéj, jak tego domaga się w ostatnim artykule prof. Chrobak (*Centr. f. Gynaekol.* 1892, Nr. 7), o czem na właściwem miejscu wspomnieć nie omieszkam, a to dlatego, że sądzę, że oba zboczenia w pewnych razach ustąpić dobrowolnie mogą, a z drugiéj strony, że w zgubnych swych skutkach nie wiele różnią się od siebie.

Każdy lekarz mający sposobność badania częstszego niewiast będących poza okresem ciąży, przyznać musi, że zboczenia w położeniu macicy, a mianowicie tyłopochylenie i zgięcie, wydarza się bardzo często i sprowadza cały szereg zboczeń następowych w macicy, w jéj sąsiedztwie i ogólnym organizmie, a chociaż do następstw tych cierpień należy utrudnione zastąpienie, to przecież doświadczenie uczy, że niepłodność nie jest konieczną i że bardzo wiele kobiet mimo tego zastąpić może. Najczęstszą przyczyną tyłozgięcia macicy ciężarnéj jest ta, że zapłodnienie nastąpiło u kobiety dotkniętéj tem zboczeniem. Rzadko tylko, jak na to zgadzają się zresztą autorowie, tyłozgięcie powstaje nagle podczas ciąży z powodu wstrząśnienia, a wtedy objawy mają występować bardzo groźnie i szybko.

Zapytajmy więc, w czem należy szukać przyczyny częstego występowania tyłozgięcia u kobiet, które rodziły? Poprzednie porody lub poronienia i nieodpowiednie zachowywanie się podczas połogu, oto dostateczne momenta usposabiające i wywolujące chorobę. Jeżeli bowiem niewiasta, położnica, wobec zwiększonego ciężaru macicy, zwiotczenia i rozluźnienia połogowego więzadeł, zawcześnie wstaje, zajmuje się wykonywaniem cięższéj pracy, nie zważa dostatecznie na czynności przewodu pokarmowego i moczowego, to przyczynia się do złego zwijania się macicy, a co za tem idzie, do zmian w położeniu, do czego dopomaga obszerna miednica, małe jéj nachylenie i zaparcie nawykowe żywota, wskutek czego działanie tłoczni brzusznéj, pełny pęcherz moczowy a względnie rozdęte jelita spychają macicę ku tyłowi.

Jeżeli jednak zboczenia w położeniu macicy tak często spotykamy poza okresem ciąży, to dlaczego uwięźnięcie macicy ciężarnéj nie należy wcale do częstych powikłań ciąży? Na to pytanie łatwo znajdziemy odpowiedź, jeżeli zastanowimy się nad możliwemi zejściami tyłozgięcia macicy ciężarnej. Ciało macicy, leżące w wygięciu kości krzyżowéj, nie sprawia zrazu dolegliwości znaczniejszych; co najwięcéj uczucie ciężkości może w miarę powiększania się dobrowolnie wycofać się do miednicy dużéj i ciąża wtedy trwa dalej bez zaburzeń; to jest prawdopodobnie najczęstsze a zarazem i najpomyślniejsze zejście.

Na tem miejscu najstosowniéj będzie wspomnieć o zapatrywaniu prof. Chrobaka, jakie wypowiedział w artykule wyżéj przytoczonym co do różnicy, jaka zachodzi pomiędzy tyłopochyleniem a tyłozgięciem macicy ciężarnéj odnośnie do samoistnego leczenia. Prof. Chrobak kładzie nacisk i ubolewa nad tem, że podręczniki milczeniem pomijają kwestyję mechanizmu dobrowolnego wycofania się macicy i że nie zaznaczają autorowie różnicy, jaka pod tym względem zachodzi między tyłozgięciem a tyłopochyleniem; dwa te, według Chrobaka, różne co do następstw zboczenia, uważają za jedno. Prof. Chrobak przyszedł na podstawie doświadczenia do tego przekonania, że podczas gdy macica ciężarna tyłozgięta zwykle sama bez zabiegów powraca w pewnym okresie ciąży do prawidłowego położenia, to przeciwnie macica tyłopochylona zawsze wymaga wczesnego odprowadzenia, albowiem nigdy nie wraca dobrowolnie do prawidłowego położenia.

W jednym tylko przypadku zmuszonym był prof. Chrobak przy tyłozgięciu macicy reponować takową, podczas gdy przy tyłopochyleniu odprowadza zawsze.

Zastanawiając się nad sposobem w jaki odbywa się samoistne wyprostowanie, uważa, że ani przypuszczenie Tylor Smitha i Scanzoniego, którzy główną rolę przypisują więzadłom, ani zapatrywanie, że macica wzrasta w kierunku mniejszego oporu i pociąga za sobą tylną ścianę macicy nie wystarczają do wytłomaczenia mechanizmu wyprostowania się macicy, lecz wyjaśnia sprawę w następujący sposób: Macica tyłozgięta trzonem swoim spoczywa w wygięciu kości krzyżowéj a szyja w całości lub przynajmniéj przednia jéj warga przyparta jest do kości łonowéj; najwyżéj położonym punktem macicy jest właściwie kąt, jaki tworzy szyja z trzonem. Jeżeli jajo płodowe wzrasta w macicy, to kąt ten staje się coraz więcéj ostrym, a część pochwowa coraz więcéj przypartą jest do spojenia łonowego; wskutek tego ściany macicy bywają niejednostajnie przez jajo rozszerzane a mianowicie przednia znacznie więcéj niż tylna, a że tak jest rzeczywiście, to można poznać po miejscu odejścia jajowodów, które wskazuje na stopień rozciągnięcia przedniéj ściany macicy; rozciągnięciu mają ulegać w pierwszéj linii mięśnie podłużne. Wyrównanie tego niejednostajnego rozciągnięcia nie może mieć miejsca dlatego, że część pochwowa opiera się o spojenie łonowe i że przeszkadzają temu więzadła krzyżowo-maciczne. Jeżeli teraz z jakiejkolwiek przyczyny macica się kurczy, to kurczy się przedewszystkiem ściana przednia, szyja macicy musi być zbliżoną do trzonu i pociąga za sobą, jeżeli przeszkoda ze strony wzgórka kości krzyżowéj nie jest wielka, całą macicę do miednicy dużéj. Punktem stałym, około którego obrót się odbywa, jest tu szyja przyparta do kości łonowéj. Ponieważ przy tyłopochyleniu szyja jest zwykle nad spojeniem łonowem, brak więc jest punktu stałego; przeto i dobrowolne wyprostowanie trudno przy tyłopochyleniu do skutku przychodzi.

Tłomaczenie to zdaje się być oparte na podstawie dynamiki, lecz czy odbywa się ta sprawa samoistnego leczenia z taką matematyczno-fizyczną ścisłością trudno rozstrzygnąć; z okazyi naszego przypadku, omawiano ją na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego a zdania były podzielone; co więcéj w monografii dedykowanéj prof. Chrobakowi, która wyszła z pod pióra Dra Eisenberga pod tytułem: „*Hygiene der Schwangerschaft*, Wien 1892“, autor w kwestyi tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy omawianéj na str. 88, zajął zupełnie wręcz przeciwne stanowisko, mówiąc: „*die Retroversio wird gewöhnlich durch den wachsenden Uterus von selbst aufgehoben*; *anders verhält es sich mit der Retroflexio uteri gravidi*“. Bądź jak bądź, chociaż zapatrywanie prof. Chrobaka byłoby zupełnie słuszne, to sądzę, że położnik w praktyce nie zostawi w spokoju tyłozgiętéj macicy ciężarnéj, np. w trzecim miesiącu ciąży, czekając na zbawienne skutki tego mechanicznego samowyleczenia, lecz zastosuje już wtedy łagodne, a prawie zawsze skuteczne leczenie.

Powiedzieliśmy, że już bardzo wczas zboczenia takie mogą wywoływać pewne, wprawdzie nie groźne, ale dla choréj bardzo nieprzyjemne objawy, które zmuszają ją do

szukania pomocy lekarskiéj. Lekarz zbadawszy dokładnie, odprowadza macicę, co w tym okresie nie sprawia trudności i stara się macicę w prawidłowem utrzymać położeniu przez zastosowanie odpowiedniego krążka (Hodge, Mayer), który usuwa objawy nieprzyjemne i zapobiega ponownéj zmianie położenia. Czasem już samo odprowadzenie moczu, ułożenie odpowiednie choréj, t. j. na bok i zastosowanie lewatyw wystarcza, że macica powraca do prawidłowego położenia. O takim pomyślnym skutku świadczy przebieg w naszym trzecim przypadku i o podobnym wspomina p. Müller w swojem dziele: "*Lehrbuch der Geburtshülfe*".

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego.

O działaniu leczniczem benzosolu w moczówce cukrowéj.

Napisał

Dr. Maryjan Piątkowski,

b. asystent kat. fizyjologii, obecnie elew kliniki lekarskiéj.

(Przedstawione na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 4 maja 1892).

(Dok. Patrz Nr. 45.)

P r z y p a d e k VI. P. C. lat 46 dobrze zbudowany i odżywiony, ze śladem żółtaczki na spojówkach powiekowych i niedomogą wydzielniczą żołądka miernego stopnia, ze zmianami troficznemi, które przedstawiały się jako ograniczone zaczerwienienie i bolesność skóry na palcu dużym i stopie nogi prawéj. Chory na moczówkę od lat kilku. Co rok prawie bywał w Karlsbadzie i wracał zawsze ze znacznem polepszeniem. Na wiosnę b. r. ilość cukru podniosła się do 4%, a zmniejszyła się po zażywaniu salicylanu sodowego z makowcem. Głównie z powodu osłabienia zgłosił się dnia 6 kwietnia b. r. do kliniki wraz z rozbiorem moczu dokonanym w zakładzie chemii lekarskiéj wykazującym 1·8% cukru i białka 0·08% w moczu. Podawany rozczyn Fowlera i nalewka makowca obniżyły ilość cukru przy zachowaniu dyety mięsnéj do 0·63%, ilość białka zaś zwiększyła się do 0·1%.

W dniu 26 kwietnia zapisano choremu benzosolu 1·0 dziennie i rozpoczęto oznaczać ilościowo cukier co drugi dzień. Ponieważ z trudnością przychodziło choremu przestrzeganie dyety mięsnéj, przeto pozwolono mu dyety mięszanéj z wyłącznem jednak wstrzymaniem się od cukru i słodyczy wogóle. Dwa razy usunięto benzosol celem przekonania się, jak ilość cukru bez leczenia zachowywać się będzie.

Badanie ilościowe wykazało:

(Patrz 1. tablicę w następnéj szpalcie.)

Dnia	C. g.	% cukru dz. chem.	% białka	Dyjeta	Leczenie
6/IV	1·022	1·800	0·08	Mieszana od 6/IV do 26/VI	*Tinct. opii Sol. Fowleri*
26	1·022	0·630	0·10	Mięsna	Benzosol 1 grm. dzien.
30	1·022	0·285	0·10	Mięszana	
1/V	1·022	0·145	0·10		
3	1·021	0·138	0·10		
5	1·020	0·135	—		
7	1·021	0·172	—		
15	1·020	0·116	0·06		odjęto
19	1·020	0·280	0·15		benzosol
22	1·021	0·240	0·10		podano benzo-
25	1·021	0·260	—		solu 3 gr. dz.
30	1·022	0·180	—		usunięto
2/VI	1·020	0·090	0·10		benzosol
11	1·021	0·150	0·10		"
20	1·024	0·174	0·10		"

Obserwacya powyższa uzasadnia nam dwukrotnie wartość leczniczą benzosolu: z chwilą zażywania tego środka cukier gronowy w moczu się zmniejsza, z zaprzestaniem leku tego przybywa.

Przypuścić także należy w tym przypadku, iż benzosol działa, jak długo sam, lub jego rozkładowe istoty krążą w organizmie, z chwilą jednak, gdy ustrój się go pozbył, przemiana materyi idzie ponownie tym nieprawidłowym trybem, co poprzednio.

P r z y p a d e k VII. W., mężczyzna mający lat około 60 z wybitną miażdżycą tętnic obwodowych, niedomogą mięśnia sercowego z chwilowo występującemi obrzękami kończyn dolnych. Chory na moczówkę cukrową od lat trzech. Pierwszym objawem choroby było zapalenie nerwu kulszowego. W rok potem udar mózgowy z połowiczem porażeniem prawostronnem. Ilość cukru dochodziła do 6% i za każdym razem poskromić się dała zapomocą wody karlsbadzkiéj, lub salicylanu sodowego. W marcu bieżącego roku zgorzel skórna w okolicy stawu śródstopowo-palcowego. Woda karlsbadzka, opium, dyeta mięsna zmniejszyły i tym razem znacznie ilość cukru.

W tym stanie chory 3 kwietnia poddał się leczeniu benzosolem z poleceniem zachowania przez parę dni w początkach dyety mięszanéj, następnie czysto mięsnéj, wreszcie napowrót mięszanéj, gdyż poprzednia całkiem się mu sprzykrzyła. Badanie moczu wykazało 3 kwietnia barwę winowo-żółtą, oddziaływanie kwaśne, białka i acetonu brak, chlorki w prawidlowéj ilości. Przez cały czas badania, to jest do końca maja, ani oddzialywanie ani barwa się nie zmieniły, białka lub acetonu późniéj także nie zauważono.

Dnia	C. g.	% cukru chem.	% cukru polar.	Dyjeta	Leczenie
3/IV	1·024	0·377	—	mięszana	Benzosol
4	1·024	0·340	1·00		1·50 dziennie
6	1·034	3·400	3·50		"
7	1·033	1·942	2·80		"
8/IV	1·033	2·650	1·50	mięsna	"
9	1·025	0·170	0·30		"
11	1·027	0·020	0·20		"
			w lewo		
12[1]	1·024	0·025	0·4		"
13	1·023	0·021	0·5		"
14	1·025	0·021	0·5		Benzosol
15	1·023	0·014	0·7		3 grm. dzien.
20	1·020	0·012	0·3		"
21	1·015	0·006	0·7		"
22	1·024	0·008	0·5		"
24	1·025	0·095	0·4		"
24/IV	1·022	0·130	0·5	mięszana	"
27	1·026	0·020	1		"
28	1·027	0·020	0·2		"
29	1·023	0·020	0·9		"
9/V	1·027	0·005	0·3		"
20	1·025	0·016	—		"
31	1·030	0·030	0		"

Przebieg leczenia w przypadku tym zbliżony jest do piątego. Mianowicie tak jak w piątym przypadku od dnia 12 kwietnia począwszy wykazuje stale aparat polaryzacyjny skręcenie plaszczyzny ku stronie lewéj, podczas gdy miareczkowanie wykazuje cukier gronowy a raczéj redukcyę wodnika miedziowego.

[1]) Od 12 kwietnia przyrząd polaryzacyjny wykazywał zboczenie ku lewej stronie.

Tłómaczę sobie to tak, jak w przypadku piątym, obecnością kwasu będźwinowego a może i kwasu moczowego w moczu, wobec czego zupełne usunięcie cukru z moczu przypuścić należy. Gdybyśmy jednak chcieli uważać tę redukcyę jako pochodzącą od lewulosy, toby ilość jéj z każdym dniem pod czas dyety mięsnéj się zmniejszała, a nie zwiększała się mimo podania dyety mięszanéj, lecz przeciwnie malała coraz bardziéj.

Nie od rzeczy będzie dodać, iż zgorzel, która uporczywie goić się nie chciała, po za stosowaniu wewnętrznem benzosolu rychło się zagoiła, apetyt chorego zmniejszył się. a pragnienie nie dokuczało tak jak poprzednio.

Chory po miesiącu znajdował się w takim stanie, iż do domu powrócić mógł.

Przypadek VIII. Pani S., lat przeszło 50, otyła, czasu trwania choroby oznaczyć nie można; ani pragnienia ani nadmiernego łaknienia nigdy nie zauważała. Na potrzebę badania moczu zwrócił uwagę dopiero lekarz domowy z powodu nieznośnego swędzenia sromu. Utrata cukru gronowego była u niéj znaczną; rozbiór dokonany w zakładzie chemii lekarskiéj w dniu 26 marca 1892 r. wykazywał 6·8% cukru. Po zastosowaniu salicylanu sodowego ilość cukru znacznie się zmniejszyła wśród dyety mięszanéj, z któréj tylko wykluczono cukier i słodycze i w dniu 5 kwietnia wynosiła tylko 2·267%. Ciężar gatunkowy był 1·037, barwa winowo-żółta, białka brak, chlorki prawidłowe, acetonu nie zauważono.

Dnia	C. g.	% cukru		Dyjeta	Leczenie
		chem.	polar.		
5/IV	1·037	2·267	—	mięsza	Benzosol 3 r.
7	1·037	2·720	—	na	dz. po 0·50 gr.
9	1·035	1·360	1·3	„ bez	„
11	1·023	0·127	0·4	cukru	„
13	1·025	0.050	—	„	„
14	1·025	0 020	0	„	„
16	1·030	0 019	—	„	„
22	1·022	0·130	—	mięsza-	usunięto
25	1·036	0 950	—	na	„
2/V	1·028	0·570	—	„	„
4	1·028	1·425	—	„	Benzosol 0 5 grm. 3 r. dz.
6/V	1·024	1·400	—	mięsna	„
11	1·030	0·030	1·7 w lewo		„
18	1·030	0·002	0·7		Benzosol usunięto
25	1·016	—	—		

Dwukrotnie usuwano w tym razie benzosol, a to dlatego, iż chora zaczęła się skarżyć na nudności i boleści w brzuchu. Jeżeli jednak nwzględnimy, iż w siedmiu poprzednich przypadkach żadnych przypadłości nie zauważono, prócz rozwolnienia, które występuje niekiedy dopiero po 5-gramowych dawkach benzosolu, przeto i tu musimy przypuścić, iż przyczyną tych przypadłości było prawdopodobnie niedyetetyczne zachowanie się choréj, a nie podawanie beozosolu i to w tak małéj dawce.

Daléj śmiało powiedzieć mogę, iż 2 miligramy podane w rubryce w dniu 18 maja pochodzą nie od cukru, lecz od kwasu będźwinowego prawdopodobnie, a to najpierw na téj podstawie, iż przyrząd polaryzacyjny okazuje skręcenie w lewo o 0·7, a nie w prawo, powtóre, iż po usunięciu benzosolu próba dokonana 25 maja nie okazała ani śladu redukcyi wodnika miedziowego.

Zbierając razem wyniki otrzymane z tych ośmiu obserwacyi, przychodzimy do wniosku, iż benzosol należy do leków skutecznych przeciwko moczówce cukrowéj, albowiem zmniejsza ilość moczu, obniża ciężar gatunkowy tegoż, zmniejsza odsetkową ilość cukru, raz więcéj, drugi raz mniéj, a temsamem ilość dzienną tego ciała.

W miarę tego poprawia się odżywienie chorych, ciężar ciała się zwiększa, a sił przybywa. Dzieje się to zarówno w przypadkach poprzednio innemi sposobami leczonych, jakoteż poprzednio nieleczonych, i to bez względu na to, czy ilość cukru przed leczeniem była znaczną, czy nie. Jeżeli benzosol nie we wszystkich przypadkach usuwał w zupełności cukier gronowy z moczu, to w każdym razie przypadki ciężkie przybierały postać łagodną, a więc dla ustroju mniéj niebezpieczną.

Szczegół ten nabiera tem większego znaczenia, że wszystkie opisane przypadki należały do téj postaci, gdzie mimo dyjety ściśle mięsnéj cukier z moczu nie znikał, a w niektórych przypadkach nawet nie o wiele się zmniejszał.

O ile ze szczupłéj liczby dotychczasowych doświadczeń wnosić można, benzosol działa pomyślniéj przy równoczesnem stosowaniu dyjety wyłącznie mięsnéj, ale niekiedy przy dyjecie mięszanéj równą okazuje skuteczność.

Jak długo utrzymuje się korzystny wpływ benzosolu na moczówkę cukrową i w jakich przypadkach nie skutkuje wcale, wykazać mogą tylko późniejsze i liczniejsze spostrzeżenia.

Lek ten niema żadnych ujemnych własności; prawie bez smaku i woni, rozpuszcza się dopiero w jelitach, a więc nie pociąga za sobą żadnych przypadów żołądkowych. Biegunkę wznieca tylko wtedy, jeżeli go podajemy w ilościach ponad 4 gr. dziennie, jak się o tem przekonano przy sposobności innych doświadczeń z benzosolem w klinice lekarskiéj przedsiębranych.

Co do sposobu działania, to tak przy benzosolu, jakoteż przy innych lekach w moczówce skutecznych łatwiéj jest stawiać teoryje, aniżeli je dostatecznie usprawiedliwić, to też na razie nie chcemy rozstrzygać, czy benzosol działa skutecznie przez wpływ, jaki wywierać może na trzustkę, wątrobę lub skład krwi, czy też jako ciało pochodne gwajakolu działa na ośrodki nerwowe, które według zdania Marfuriego pod wpływem tego leku ulegają najpierw podnieceniu, a następnie porażeniu.

III. Oceny i sprawozdania.

„Anleitung zur Prüfung und Gehaltsbestimmung der Arzneistoffe für Apotheker, Chemiker, Aerzte und Sanitätsbeamte" von Prof. Dr. R. Přibram und Mag. Pharm. Dr. Neumann Wender. Mit Abbildungen und Tabellen. Verlag von M. Perles. Wien 1893. Str. 288, cena 3 złr. 60 ct.

Powyższe dziełko zaznajamia czytelnika ze wszystkiemi lekami w użyciu będącemi.

Na wstępie omawiają autorowie wszystkie metody, służące do badań leków, aby o ich istotnym składzie się przekonać, co do ich czystości upewnić. Metody omówione przedstawiają łatwość wykonania raz ze względów czysto technicznych, powtóre i ze względu na nieliczne w tym celu potrzebne przyrządy. Przyrządy najważniejsze podają autorowie w formie dokładnego opisu uplastycznionego dobremi rysunkami. O pojedynczych lekach rozpisują się zwięźle a dokładnie, podając własności tychże i cechy, po których się je poznaje, wreszcie skład ich jakościowy i ilościowy, możliwe zanieczyszczenia i sposoby wykazania ich.

Podręcznik powyższy jako przewodnik treściwy i dokładny wśród pracy w pracowniach farmakognostycznych, będzie mile widzianym tak przez uczniów farmacyi, w ciągu

studyjów uniwersyteckich, jak również przez ukończonych aptekarzy, a wreszcie lekarzy bądź to kandydatów do egzaminu rządowego, bądź też lekarzy powiatowych zatrudnionych rewizyją aptek.

Autorowie objęli nietylko leki zawarte w siódmem wydaniu austryjackiego lekospisu, lecz i te, które trzecie wydanie lekospisu niemieckiego uwzględnia, a wreszcie i nowo nie objęte dotąd żadnym lekospisem, jak np. dermatol, diuretynę, egzalginę, hydrastinę, gwaiakol, fenocollum i t. d. — W końcu dziełka znachodzą się tablice znaków chemicznych, ciężarów atomowych, skale porównawcze trzech podziałów termometrycznych, tablice punków wrzenia, topliwości itd.

Podręcznik napisany jest stylem prostym, zwięzłym i przystępnym. Strona zewnętrzna dziełka bardzo staranna.

Dr. Wachholz.

Histologija.

M. Morgenstern (Baden Baden): **Tymczasowe doniesienie co do obecności nerwów w twardych składnikach zęba.**

Jak wiadomo, nie udało się dotychczas histologom wykazać włókien nerwowych w twardych składnikach zęba tak, iż ogólnie przyjęte jest zdanie, iż takowe pozbawione są nerwów. M. zapewnia, że już przed dziesięciu laty wykrył włókna nerwowe na granicy szkliwa i zębowiny, co podobno stwierdzić mieli dwaj profesorowie histologii, których nazwisk jednak autor nie podaje. Po wielu latach badań embryologicznych i histologicznych miało się M. udać wykazanie nietylko rozwoju i obecności nerwów w zębowinie ludzkiej, ale także ich związku z nerwami pulpy. A mianowicie mają nerwy wychodzić głównie z rożków pulpy w postaci wiązek włókien osiowych i brzebiegać w zębowinie kanalikami, których rozmiary są raz mniejsze, to znów większe od kanalików zębowinowych. Każdy kanalik nerwowy posiadać ma co najmniej dwa włókna osiowe, które dopiero na granicy zębowiny i szkliwa (wzgl. cementu) dzielą się od siebie, rozgałęziają i kończą: 1) w zębowinie popod szkliwem i cementem, 2) na pograniczu szkliwa (wzgl. cementu) i zębowiny 3) w szkliwie.

W zębowinie i na pograniczu mają miec zakończenia owych włókien postać tworów guziczkowatych, w szkliwie zaś przedstawiać się albo w ten sam sposób jak w poprzednich miejscach, albo też tworzyć wydłużone ciałka, opatrzone jądrami, tu i owdzie przewężone. Tutaj przebiega włókno albo przez całą długość takiego ciałka, lub też kończy się wcześniéj w jego jądrze lub wreszcie wije się naokoło jednego lub kilku jąder i kończy w ostatniem. Najwyraźniejsze są takie zakończenia w szkliwie zębów dwuguzikowych i trzonowych. W pierwszych leżą ponad guzikami zębowiny, w drugich nieco z boku od guzików.

Czytając to tymczasowe doniesienie p. M. przyjmuje się jego nowe odkrycia z pewnem niedowierzaniem, albowiem trudno przypuścić, aby takiej miary histologowie jak Tomes, Neumann, Kölliker, Waldeyer, Miller i i., którzy budowę drobnowidową zębów tak wszechstronnie badali, opisane powyżéj twory mogli przeoczyć. Wiemy jednak, iż fantazya niekiedy za daleko p. M. unosi, jak tego najlepszy dał dowód w Historyi rozwoju zębów, umieszczonej w najnowszem, zbiorowem dziele J. Scheffa, gdzie opisując n. p. rozwój szkliwa ni mniéj ni więcéj tylko dziewięć rozmaitych pokładów znajduje i w rycinach przedstawia, dla tego oczekiwać należy z niecierpliwością zapowiedzianych demonstracyj i ogłoszenia metod, które doprowadziły autora do tak ważnych dla histologii rezultatów. (*Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk.* z. 10, 1892). *Dr. Szymkiewicz.*

Patologija.

Fränkel (Hamburg): **Następowe działanie chloroformu na ustrój ludzki.**

Na zasadzie dokładnych badań drobnowidowych dokonanych w kilku przypadkach operowanych w oddziele chirurgicznym szpitala w Hamburg-Eppendorf doszedł autor do następującego wyniku. Chloroform działa niszcząco na tkanki nerek, wątroby i serca, jeżeli był dłużéj stosowanym (*narcoses protractae*). Najwięcéj cierpi nerka, która okazuje obumarcie przybłonka w kanalikach krętych (*tubuli contorti*) i znaczne pigmentacyje w pasach Henlego (*ansae*). Obumarcie komórek przybłonkowych odznacza się tem, iż pierwoszcza komórkowa staje się zbitszą a jądro albo ginie lub też pozostaje jako martwe i nie pochłaniające barwika. Podobne zmiany lecz w mniejszym stopniu spotyka się w wątrobie, któréj komórki nie zmieniając kształtu obumierają. Złogi barwikowe w wątrobie również się uwidoczniają.

Serce najmniéj doznaje zmian, a nierzadko pozostaje zupełnie nieuszkodzonem. Zmiany te jedynie chloroform wywołuje; pytanie jednak pozostaje nierozstrzygniętem, czy chloroform działaniem wprost na tkanki wymienionych narządów zmiany te wywołuje, czy też pośrednio niszcząc i doprowadzając krew do rozpadu. To jednak nie ulega wątpliwości, że chloroform, jak Kast i Mester wykazali, wstrzymuje przemianę białka w ustroju podobnie jak fosfor, i staje się powodem wytwarzania się w ustroju istoty zawierającej siarkę do cystyny zbliżonéj, wydzielającéj się moczem.

Prawie stale można wykazać to siarkowe połączenie w moczu każdego narkotyzowanego chloroformem człowieka.

Zmiany w nerkach przez chloroform wywołane nie są obojętnemi, mogą bowiem wśród objawów mocznicowych stać się przyczyną śmierci. (*Virchows Archiv. f. path. Anat.* itd. B. 129, H. 2, 1892). *Dr. Wachholz.*

Choroby kobiece.

Z międzynarodowego Zjazdu ginekologów w Brukseli. Pierwszy wykład Dra Apostolego d. 15/IX. **Wzmianka o nowem zastosowaniu prądu zmiennego w leczeniu chorób kobiecych.**

Pierwszy wprowadził D'Arsonval ten rodzaj prądu elektrycznego do elektroterapii w ginekologii. Apostoli podaje następujące wyniki z zastosowania takowego:

Od maja do sierpnia 1892 r., leczył Ap. tym prądem w swéj klinice 34 przypadków, z tych 12 włókniaków a 22 schorzeń części przydatkowych macicy. Ogółem odbyto 320 posiedzeń.

U wszystkich chorych sposób stosowania był jednakowym, tj. zgłębnik śródmacicznie, a zewnętrznie placek z gliny na brzuch. Każde posiedzenie trwało 4 minuty, a powtarzano je 2 do 3 razy tygodniowo. Szybkość zmiany prądu zależała od wrażliwości chorych, najmniejsza bywała od 4 do 6 tysięcy, największa od 11 do 12 tysięcy na minutę. Używano przyrządu magneto-elektrycznego Clarka, zmienionego przez d'Arsonvala. Przyrząd ten wprowadza się w ruch za pomocą pedału maszyny do szycia.

Wyniki z leczenia tych 34 chorych nie dają jeszcze Apostolemu podstawy do stanowczego sądu, z powodu krótkotrwałego leczenia i braku w urządzeniu przyrządu, w każdym razie pokazało się, że:

1) Zastosowanie śródmaciczne tego prądu jest bezpiecznem, jeżeli się zachowa przepisy odpowiedne, podane przez Apostolego; 2) po zastosowaniu nie występuje żaden odczyn bolesny, lub też podniesienie ciepłoty, a najczęściéj występuje wyraźna ulga; 3) nie wywiera widocznego tamującego wpływu na krwawienia, owszem zdradza nawet dążność do przedłużania takowego; 4) wpływa bardzo pomyślnie na bóle, które albo po kilku a często nawet po pierwszem posiedzeniu ustępują; 5) bardzo pomyślnie wpływa na białe upławy chociaż nie zawsze. Najczęściéj jednak usuwa je lub znacznie zmniejsza; 6) nie wpływa całkiem na cieczenie maciczne, w przypadkach włókniaków; 7) jeszcze nie zdołano stwierdzić, czy włókniaki ustępują pod jego wpływem; 8) pobudza i ułatwia wessanie wysięków macicznych.

Mimo to jednak dalsze dopiero doświadczenia, mogą dać dokładne wskazówki co do rodzaju chorób, w których tego prądu używać należy, jakoteż, jak go stosować w danym przypadku, tak co do nasilenia prądu, jak i szybkości zmian. W każdym razie uważa Apostoli, że zachowawcza ginekologija wzbogaciła zasób swych dobrych środków przez wprowadzenie do niéj prądu zmiennego, który jednak dotychczas jeszcze pierwszego miejsca ustąpić musi prądowi stałemu i przerywanemu.

Drugi wykład Apostolego w dniu 15/X. **Nowy przyczynek do stosowania prądu elekt. stałego i przerywanego w rozpoznawaniu chorób kobiecych.**

Codziennie niemal mamy do rozwiązania dwa nader ważne, ale też i nader trudne pytania, t. j. czy części do datkowe macicy w danym przypadku są schorzałemi lub nie, jeżeli zaś tak, to czy mamy do czynienia z ropieniem, lub jaki jest stopień zapalenia.

Dla rozwiązania tych pytań wykonywa się codziennie laparatomiję, tak zwaną próbną, albo trzebienie, do których operacyj nieraz nieuprawniają zmiany chorobowe znalezione w narządzie. Dla tego właśnie powodu zaleca Apostoli poprzedzające leczenie prądem elektrycznym.

Według jego zdania w przyszłości każde próbne otwarcie jamy brzusznéj, wykonywane prawie bez namysłu, czy to z powodu uporczywych bólów jajnikowych, czy też schorzeń części przydatkowych wątpliwéj przyrody, powinno być albo odłożonem albo całkiem zaniechanem, póki nie wypróbowano wszystkich innych środków, a szczególniéj z jednéj strony prądu przerywanego, jako kojącego bóle, z drugiéj odczynu na prąd stały, zastosowany śródmacicznie.

Zapewnia Apostoli, że ścisłe spostrzeganie objawów po zastosowaniu któregokolwiek z tych prądów jest w stanie wyjaśnić bardzo często kliniczne wątpliwe rozpoznanie.

Wskazówki do tego podaje następujące:

Prąd przerywany. Każdy ból hysterycznéj przyrody ustępuje pod wpływem prądu — albo, co najmniéj, chora doznaje wielkiéj ulgi; podczas gdy, na bóle, mające za podstawę zapalenie szczególniej części przydatkowych prąd ten żadnego wpływu nie wywiera.

W ten sposób dodatni skutek wyjaśnia stan rany i czyni operacyjne leczenie zbytecznem, ujemny zaś wskazuje, że trzeba się uciec albo do dopełniczego leczenia elektrycznością albo też do operacyi.

Prąd stały, zastosowany śródmacicznie, objaśnia stan zdrowotny części przydatkowych. Wykazuje zapalenie tychże, jeżeli ono istnieje, stopień takowego, ewentualnie obecność ropy i wreszcie czy wyleczenie tego stanu zapomocą prądu jest możebnem, czy nie. Dlatego prąd może oszczędzić wiele zawodów i chronić od pomyłek, które tak często się przydarzają, gdy np. podsurowiczy włókniak rozpoznanym został jako otok ropny trąbki lub odwrotnie.

Dwie dane stanowią nić przewodnią w leczeniu galwanicznem śródmacicznem: 1) macica znosi bez bólu działanie prądu, jeżeli jej otoczenie jest zdrowem, 2) w stosunku do nasilenia zapalenia w częściach przydatkowych zmniejsza się ta zdolność znoszenia. Czułość zatem macicy na prąd stały zależy od czułości części przydatkowych, i od niej też zależy ocenienie stopnia zapalenia tychże. Zdanie to potwierdza doświadczenie na macicach które dawniej bardzo czułe, po koniecznej kastracyi, znosiły prąd bardzo dobrze tak, jakby ich części przydatkowe były zupełnie zdrowemi.

Obok tej najczęstszej i najważniejszej przyczyny nie znoszenia prądu są i inne mniej częste i ważne, a które zazwyczaj nie trudno rozpoznać a mianowicie: macinnica z jej małemi i gwałtownemi odczynami, guzy włókniakowotorbielowe, w których wtenczas należy przypuszczać złośliwą przemianę, stany zapalne w tkance miednicowej i jelitowej z objawami im właściwemi.

Krótko zebrana treść powyższego wywodu brzmi: każda macica, znosząca dobrze prąd od 100 do 150 Mil. Amp. i nie oddziaływająca po posiedzeniu zbytniemi bólami, a w której ten prąd zdołał nawet zatrzymać krwawienie lub ból ukoić, znajduje się w zdrowem otoczeniu a przynajmniéj, jeżeli są w nim jakie zmiany, to nie dają one wskazania do leczenie chirurgicznego. Owszem, powinny być poddanemi galwanicznemu leczeniu, którego wymierzenie dawki, zależeć powinno od towarzyszących objawów.

Nawet zwyczajne torbiele jajnika nie wpływają ujemnie na zdolność znoszenia prądu, jeżeli niema zapalenia w trąbkach. W każdym przypadku, w którym macica nie znosi 50 Mil. Amp. lub też występują boleści po posiedzeniu, albo podniesienie ciepłoty ciała, części przydatkowe są podejrzanemi, a elektryzowanie należy bardzo ostrożnie stosować. W każdym przypadku, w którym wrażliwość macicy zmniejsza się stopniowo po posiedzeniach, a objawowe polepszenie staje się wyraźnem, należy przypuszczać macinnicę, lub też że stan zapalny części przydatkowych ustępuje, lub że się zastanowił. W każdym przypadku, w którym wrażliwość macicy jest bardzo znaczną już na 20 do 30 Mil. Amp. a po każdem posiedzeniu się zwiększa, należy przypuszczać zmianę chorobową, którą trzeba poddać leczeniu operacyjnemu, i zaniechać zupełnie elektryzowania. *Dr. Wł. Harajewicz.*

Choroby dzieci.

Filippow (Moskwa): **Przebieg płonicy powikłanéj influenzą.**

W czasie epidemii influenzy, która panowała w Moskwie z małemi przerwami prawie całe dwa ostatnie lata, miał autor sposobność obserwowania 45 przypadków płonicy, z których 16 było powikłanych przez influenzę a cechowały się przebiegiem łagodnym i brakiem ciężkich powikłań. Zwykle po dwu lub trzech dniowym stanie kataralnym influenzy występowała wysypka płonicowa wśród podwyższonéj ciepłoty o cechach i przebiegu wyż wspomnianym. (*Archiv für Kinderheilkunde* XIV B. VI H. 1892).

Dr. Komorowski.

Notatki lecznicze.

Dr. Charles zaleca stosować 2% ichtyol w oparzeniach pierwszego i drugiego stopnia. Stosuje on również ichtyol z terpentyną lub gliceryną *āā* z bardzo dobrym wynikiem w przypadkach półpaśca (*herpes zoster*), trądzika (*acne*) *acne rosacea*, figówce, łuszczycy, wrzodziankach (*furunculus*) a nawet róży. (*Gaz. méd. de Paris.* Nr. 27. 1892).

Fenolan kokainy, nową sól posiadającą własność wywoływania znacznie dłużéj trwającej analgezyi, niż czysta kokaina z powodu nierozpuszczalności, zaleca Dr. von Oefele. Nierozpuszczalność soli téj zabezpiecza przed zatruciem.

Autor poleca następujące formy przepisywania środka tego: W celu znieczulenia błon śluzowych gardła, i t. d.

Cocaini phenol. 1,00
Alcohol. absol. 10,00.

MDS. do użytku zewnętrznego.

Do wstrzykiwań podskórnych i do instylacyi w ucho (w przypadkach otalgii):

Rp. *Cocaini phenol.* 0,10
Solve in
alcohol. absol. 5,00
Adde
Aqu. dest. 5,00

S. Wstrzyknąć 1—3 strzykawek.

(*Rev. de thér. med.-chirurg*). *Dr. Wachholz.*

W sprawie cholery tegorocznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46.)

Biernacki (Warszawa): **Prątki choleryczne w wodzie studziennéj.**

Z polecenia redakcyi „Gazety lekarskiéj“ wyjechał B. celem badania cholery do Lublina. W mieście tem, 50,000 mieszkańców liczącem, z tego 25,000 żydów, cholera grasowała jeszcze silniéj niż w Hamburgu. Epidemija pochłaniała podczas największego nasilenia (15—20 września) 100—140 ludzi dziennie na 350—400 chorych. Śmiertelność wynosiła 60%. Charakter jéj był złośliwy, a leczenie, mianowicie hypodermoklizy, nie wiele przynosiło korzyści. Główną przyczyną rozszerzenia się cholery było picie wody studziennéj, nieprzegotowanéj. B. dla braku czasu badał wodę tylko jednéj studni w części żydowskiéj, tuż obok cuchnącego strumyka, położonéj. Koniec drucika platynowego, ogniem wyjałowionego, zamaczał w wodzie i takową przeszczepiał na żelatynę. W 2 dni późniéj, po powrocie do Warszawy, uskutecznił w zakładzie prof. Brodowskiego hodowle płytkowe. Już 2-o dnia spostrzedz można było liczne zagłębienia, a w dniu trzecim nie ulegało żadnéj wątpliwości, że się ma do czynienia z kolonijami cholerycznemi. Hodowle

kłute (Stichkulturen) w żelatynie stężałéj miały wejrzenie charakterystyczne; rozrost wzdłuż całego kanału, lejkowate zaciągnięcie do bańki powietrznéj podobne. Badanie to jest niezbitym dowodem, że woda studni badanéj zawierała prątki przecinkowe. Prócz tego, zaszczepił B. jeszcze na żelatynie wodę z wanny, w któréj cholerycznego kąpano, jakoteż treść kloaki szpitalnej, mlekiem wapiennem odwanianéj. Woda wanny zawierała liczne prątki przecinkowe, tymczasem zawartość kloaki, mimo iż do niéj wlewano wodę z użytych kąpieli, dała wynik ujemny, coby przemawiało przeciw twierdzeniu Eykmana, że mleko wapienne niema własności dezynfekcyjnych, a przemawiało za doświadczeniami Pfuhla, świadczącemi o odwaniającéj sile mleka wapiennego. (*D. m. Wschft.* Nr. 42, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Klebs: O patologii i leczeniu cholery.

Zamieniwszy katedrę anatomii patologicznéj na skromną pracownię prywatną, oddawał się odtąd K. jedynie tylko badaniom nad leczeniem gruźlicy za pomocą tuberkulocydyny, a od czasu wybuchu cholery zajmuje się studyjowaniem działania środka, który on podał przeciw cholerze.

W artykule, z którego streszczenie niniejsze podajemy, zwraca K. przedewszystkiem uwagę na zbyt małe znaczenie, jakie się obecnie przypisuje zmianom anatomo-patologicznym, podczas gdy najwięcéj poświęca się uwagi badaniu bakteryjologicznemu, które przecież do swego ukończenia wymaga co najmniéj 24 godzin. Ten czas, sądzi K., może już być użyty do tłumienia rozszerzenia choroby, w razie wykrycia jéj podczas sekcyi, co przecież jest łatwem. Pomijając to, że nikt chyba nie lekceważy wyniku badań anatomicznych, to zapomina autor o tem, iż nieraz dłużéj musi się czekać na śmierć chorego i sekcyję, niż na wynik badania bakteryjologicznego dejekcyj.

Analogicznie z doświadczeniami, które Klebs podjął z tuberkuliną Kocha, aby z niéj wydzielić istotę działającą zabójczo na prątki a nieszkodliwą dla ustroju, starał się i z hodowli prątków przecinkowych przygotowanych w bardzo znacznéj ilości, oddzielić tę istotę. Zdaniem Klebsa wszystkie drobnoustroje wytwarzają dwojakiego rodzaju toksyny, jedne działające zabójczo na ustrój, w którym się rozwijają — allotoksyny, a drugie tamujące rozwój samych mikrobów lub zabijające je — antitoksyny. Te ostatnie otrzymane z hodowli prątków cholerycznych nazwał Klebs anticholeryną. Z tym środkiem wykonywał on doświadczenia na chorych szpitala cholerycznego w Hamburgu-Eppendorf, pozostającego pod dyrekcyją Rumpfa. Przekonawszy się poprzednio, ze anticholeryna zabija prątki przecinkowe w kulturach, że nie działa szkodliwie na ustrój zwierzęcy i ludzki, wreszcie, że czyni zwierzęta (świnki morskie) odpornemi przeciw zakażeniu cholerą, a zakażone leczy, przystąpił do stosowania anticholeryny u ludzi. Wyniki lecznicze dokładne ma podać późniéj lekarz szpitalny Mauchot. Ze statystyki tego ostatniego podaje Klebs tylko tyle, że śmiertelność w przypadkach leczonych anticholeryną (a były to bardzo ciężkie) była o 17% mniejszą niż w reszcie przypadków o podobnie ciężkim przebiegu. W ogóle wyniki miały być pomyślne, a w żadnym przypadku nie zauważono złych następstw. Szczególnie skutecznem okazało się stosowanie anticholeryny w przypadkach, w których trwanie choroby nie było zanadto krótkie. *(Deut. med. Woch.* Nr. 44 i 45).

Tipjakow: Cholera u kobiet.

Jako kierownik szpitala rządowego w Saratowie podaje T. daty tyczące się kobiet zapadłych na cholerę, z których przytoczę następujące: W ciągu 2½ miesiąca przyjęto do szpitala 243 kobiet, umarło 121; stosunek chorych mężczyzn do kobiet wynosił 1:0·66. Pomiędzy choremi było 7 ciężarnych: cztery w III—IV miesiącu ciąży, w wieku 24—32 lat, dwie w siódmym miesiącu ciąży, w wieku 26 i 29 lat, jedna 23-letnia pierwiastka w 9 miesiącu ciąży. — Wszystkie ciężarne przyszły do szpitala w początkach choroby i u wszystkich ciąża w miarę postępu choroby została przerwaną. Skurcze macicy rozpoczynały się równocześnie z kurczami mięśniowemi. W 3 przypadkach, w których istniały już ruchy płodu, nie zauważono zwiększania się tychże, owszem w miarę osłabiania sil matki i ruchy płodu stawały się słabszemi.

W wszystkich przypadkach następowało bezpośrednio po zjawieniu się skurczów macicy krwawienie z części rodnych. Okres otwierania się ujścia macicznego był krótki, jednakże wydalenie jaja trwało dłuższy czas z powodu osłabienia bólów porodowych. Przed upływem całkowitego rozwarcia ujścia macicy płody były już obumarłe. Łożysko odeszło w sześciu przypadkach samo a wszystkie łożyska były w środkowéj części pokryte skrzepłą krwią. Krwawienia następowego nie było ani razu. 6 chorych umarło, pozostała przy życiu pierwiastka, która urodziła płód nieżywy 9-miesięczny. Połóg u niéj odbywał się prawidłowo, tylko odchody były skąpe i macica zwijała się bardzo powoli.

Przy sekcyi kobiet niecięźarnych znajdowano w niektórych przypadkach w macicy duże skrzepy krwi, a w 2-ch z nich *haematosalpinx.* Wogóle znachodziło się przekrwienie błony surowiczéj i śluzowéj, wynaczynienia w miąższu macicy. W macicach ciężarnych uderzała obok przekrwienia błony surowiczéj i wynaczynionek w mięśniu niedokrewność miąższu macicy, przyczem w miejscu przyczepienia łożyska znajdowano duże skrzepy krwi. Przy badaniu drobnowidowem nie zauważono infiltracyi tkanki macicznéj białemi ciałkami krwi.

T. uważa zmiany powyższe jako następstwo kurczów mięśniowych. (*Wien. med. Blt.* Nr. 45). *Dr. A. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 19 października 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 56.

1) Protokół z ostatniego zwyczajnego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. prof. Obaliński, zanim przedstawił chorego, na którym wykonał rękoczyn własnym skombinowanym sposobem, celem usunięcia wynicowania pęcherza (*ectopia vesicae*), skréślił krótki pogląd na sposoby, jakich używali dotąd operatorowie, siląc się uwolnić pacyjenta od owego przykrego cierpienia: Wspomina więc o najdawniejszym sposobie, według którego kuszono się usunąć to cierpienie przez zeszycie okrwawionych brzegów szczeliny (co naturalnie się nie udawało); o metodzie plastycznéj, według któréj otwarty pęcherz przykrywano płatem sąsiedniéj skóry, zwróconym naskórkiem do wnętrza w ten sposób utworzonego pęcherza, wskutek czego osadzały się sole moczowe na włosach i wywoływały stan przykrzejszy od poprzedniego; daléj o metodzie Trendelenburga, który w celu zmniejszenia rozstępu kości łonowych, rozluźnia obustronnie spojenia krzyżo-biodrowe; również wspomina o podobnych usiłowaniach Schlangego i Rydygiera, którzy za pomocą mniéj energicznych zabiegów, bo oddzielenia mięśni prostych wraz z częścią kości łonowych, chcieli powyższy cel osiągnąć; w końcu o metodach Sonnenburga i Ségonda, którzy odpreparowywali sam pęcherz z głębi i to pierwszy w celu umieszczenia moczowodów w rozszczepanem prąciu, drugi zaś w celu zeszycia brzegów pęcherza z brzegami prącia.

Uważając metody Trendelenburga, Schlangego i Rydygiera za najracyjonalniejsze, bo dążące do zeszycia a więc utrzymania zdziergacza pęcherzowego, sądził Ob., że osiągnie ten cel sposobem łatwiejszym, bo podobnym do tego, jakiego użył Ségond. U przedstawionego pacyjenta, chłopca około 15 lat liczącego, operowanego już przed dwoma laty bezskutecznie według metody autoplastycznéj, okroił brzegi pęcherza i cewki moczowéj do około, odpreparował jedno i drugie w głąb a odświeżywszy brzegi, zeszył je wprost ze sobą a następnie za po-

mocą szwu podobnego do szwu kiszkowego Lemberta. Aby mocz sączący się nie udaremniał gojenia się, wprowadził poprzednio do obu moczowodów cienkie dreniki, którerni mocz odpływał wprost do podstawionego naczynia przez 48 godzin. Pęcherz zrósł się *per primum*, szwy zaś spajające cewkę puściły. Obecnie wytworzył się pęcherz mogący pomieścić kilkadziesiąt gramów moczu, jeżeli pacyjent przyciśnie palcem rozszczepane prącie do otworku prowadzącego do wnętrza pęcherza. Prof. Obaliński sądzi, że obecny przypadek nie nadawał się zbytnio do przeprowadzenia tej metody z powodu licznych blizn pozostałych po dawniejszych rękoczynach, a mimo tego wynik jest dosyć zadowalającym; spodziewa się więc, że w innym świeżym przypadku będzie można tym sposobem dojść do jeszcze lepszego rezultatu.

W ożywionéj dyskusyi zabiera głos kol. prof. Rydygier przytaczając z swéj kliniki przypadek, gdzie u 17-letniéj pacyjentki zabiegiem operacyjnym uzyskał pęcherz moczowy, wyciekanie jednak moczu trwało ciągle tak, jak i w obecnym przypadku. Następnie wspomina o uporczywem trwaniu rozszczepu prącia, mimo kilkakrotnych energicznych zabiegów, a jako najtrudniejsze miejsce do wytworzenia cewki wskazuje punkt, w którym cewka graniczy z pęcherzem; co do wprowadzania kateterów do moczowodów, to przytacza odstraszające doświadczenie Vogta, który stracił czterech pacyjentów na zapalenie ropne miedniczek nerkowych po wprowadzaniu kateterów do moczowodów. Kol. prof. Cybulski radzi, aby w ten sposób uzyskany pęcherz zamykać za pomocą przyrządzików, które możnaby odpowiednio zbudować. — Kol. prof. Obaliński odpowiada, że katetery wprowadził czyste i pozostawił je tylko przez 48 godzin, temu być może zawdzięcza, że jego pacyjent nie uległ losowi, jaki spotkał wspomnianych pacyjentów Vogta; co do sztucznego zaś zamykania pęcherza, to czyniono w tym kierunku nieudałe próby jeszcze wtenczas, skoro nie myślano o zdziergaczu pęcherza, teraz zaś chirurgowie siłą się wyzyskać takowy.

3) Następnie przedstawia kol. prof. Obaliński chorą z bardzo niezwykłym przebiegiem rany czaszkowéj. U 59-letniéj kobiety, przywiezionéj dnia 18/IX b. r. na oddział z powikłanem złamaniem czaszki, wskutek uderzenia kijem w okolicy między przedniemi kątami kości ciemieniowéj lewéj i nieokazującéj żadnych przypadłości mózgowych, wykonał prof. O. częściową trepanacyję za pomocą dłutka, tylko w celu umożebnienia ścisłego antiseptycznego opatrunku rany. Ponieważ opona twarda przedstawiała się jako nigdzie nienaruszona, pozwolono choréj piątego dnia na jéj usilne prośby udać się do domu, pod warunkiem, że będzie zjawiać się w ambulatoryjum co dni kilka. Gdy jednak w dwa dni późniéj spostrzeżono pewne objawy mózgowe, jak zamącenie myśli, lekką afazyję i porażenia po stronie prawéj, pozostawiono ją powtórnie w szpitalu, a gdy w następnych kilku dniach przypady wyżéj wspomniane wzmogły się do zupełnéj afazyi i zupełnego porażenia ręki prawéj, przystąpił prof. O. w dniu 12/X do operacyi, przypuszczając nagromadzenie się krwi lub nawet ropy pod oponą twardą. Nakłucie strzykawką Pravaza dało wynik ujemny, przeto rozcięto oponę nożem kończystym, przyczem pokazało się, że pod nią znajduje się jama wypełniona powietrzem, wielkości sporéj pięści, a mózg zepchnięty prawie aż na dno jamy czaszkowéj. Czy tenże był obrażonym, tego niepodobna było rozstrzygnąć mimo oświetlania powyższéj jamy reflektorami. Po upływie 24 godzin podniósł się mózg, a tem samem jama zmniejszyła się mniéj lub więcéj o połowę: chora zaś odzyskała mowę w części a zupełnie władzę w kończynie. Prelegent zwraca uwagę, że tutaj powietrze nagromadzone w jamie niewątpliwie wywierało wpływ szkodliwy na mózg, nie umie sobie jednak zdać sprawy tak z jego tamże obecności jak i działania, stwierdza ten przypadek jako *unicum* nie znane w literaturze i prosi kolegów o zastanowienie się nad tymże.

Nader żywą dyskusyję, w któréj brało udział 14 kolegów, a która na razie nie zdołała wyjaśnić tego szczególnego przypadku, ze względu na ważność następującego punktu porządku dziennego a spóźnioną porę, odłożono do następnego zwyczajnego posiedzenia.

4) Kol. prof. Browicz zanim przedstawił swe wnioski w sprawie wodociągów krakowskich, przemówił jak następuje:

Wiadomo każdemu, że woda w studniach m. Krakowa nie odpowiada wymaganiom higijeny, a w początkach tegoroczněj epidemii Magistrat w ogłoszeniach, na rogach ulic umieszczonych, przedrukowanych we wszystkich dziennikach krajowych, przyznaje, iż w obrębie Krakowa i w otoczeniu niema ani jednéj studni, którąby dobréj wody dostarczała. Ztąd potrzeba konieczna zaopatrzenia Krakowa wodą dobrą dzisiaj większa i naglejsza niż dawniéj, gdyż stan wody studziennéj coraz bardziéj się pogarsza. Sprawa wodociągu, mającego zaopatrzyć miasto w wodę dobrą i w dostatecznéj ilości, traktowana też jest już od lat przeszło dwudziestu, gdyż od czasów prezydentury ś. p. Dietla. Przechodziła ona różne koleje.

Z artykułów, umieszczanych w dziennikach politycznych i broszur, których autorami byli technicy-inżynierowie, jak np.: Kołodziejski, Bortnik, Tuszyński, jakoteż z ulotnych wieści o toczących się w téj kwestyi naradach w tutejszem Towarzystwie technicznem, dowiadywał się ogół, sprawą tą bezpośrednio interesowany, że w łonie komisyi wodociągowéj, przez Radę miasta wybranéj, toczy się walka co do sposobu zaopatrzenia miasta potrzebną wodą, a mianowicie, czy źródla regulickie czyli też woda gruntowa ma być do wodociągu użyta. W r. 1889 pojawiło się: „Zdanie sprawy i wnioski w przedmiocie budowy wodociągu regulickiego“, przedstawione Radzie miasta przez komisyję wodociągową, a na podstawie powyższego sprawozdania w dniu 11 lipca 1889 r. uchwaliła Rada miasta budowę wodociągu regulickiego, jako jedynie dla Krakowa możliwego i najodpowiedniejszego.

Opozycyja techników przeciwko wodociągowi regulickiemu nie ustawała. Najważniejszym pod tym względem objawem jest sprawozdanie p. inżyniera Ingardena, hydrotechnika, delegata Towarzystwa technicznego do komisyi wodociągowéj, a więc członka tejże, które z upoważnienia Tow. technicznego ogłoszone zostało w lecie b. r. w *Czasopiśmie* tegoż Towarzystwa, a wydane następnie w osobnéj odbitce, znajduje się w handlu księgarskim; jest to sprawozdanie z czynności p. Ingardena w komisyi wodociągowej w ciągu roku 1890, p. t.: *Wodociąg regulicki*, studyum porównawcze. W studyjum tem podaje p. Ingarden ocenę wodociągu regulickiego i porównanie tegoż z wodociągami 65 miast niemieckich i czyni projektowi zbudowania wodociągu regulickiego tak ważne i poważne zarzuty, iż po przeczytaniu studyjum p. Ingardena musi u każdego zrodzić się obawa i uzasadnione powątpiewanie, ażali rzeczywiście wodociąg regulicki jest jedynie dla Krakowa możliwy i najodpowiedniejszy.

Pomijam zarzuty i wywody techniczněj i finansowéj treści, a podnoszę ze studyjum p. Ingardena tylko te, co do których my, jako lekarze, a względnie Towarzystwo lekarskie, zdanie wypowiedzieć moglibyśmy, możemy i powinniśmy. Zarzuty te brzmią: że źródła regulickie, jakkolwiek dają wodę dobrą, dają jéj jednak, jak na potrzeby takiego miasta jak Kraków, zamało; że źródła te, co do ich stałości, są niedokładnie zbadane i mogą z biegiem czasu zanikać i wydawać jeszcze mniéj wody.

W kwestyi téj, co do ilości wody i pewności źródeł, przytacza p. Ingarden szczegół bardzo ważny, popierający zdanie techników, od lat wielu wypowiadane, zdanie eksperta, powołanego przez komisyję wodociągową, w rok niespełna po uchwale Rady miasta, co do budowy wodociągu regulickiego, p. inżyniera Salbacha z Drezna, złożone na piśmie, znajdującem się w aktach komisyi wodociągowéj, a który powiada: 1) że źródła regulickie dlatego tylko nadają się do wodociągu krakowskiego, ponieważ od lat wielu utrwaliło się w mieście szczególne upodobanie (*eine besondere Vorliebe*) w tych źródłach; 2) że woda z Regulic zaledwie na dzisiejsze potrzeby wystarcza, że skutkiem tego niezadługo będzie miasto musiało postarać się o zasilenie wodociągu regulickiego wodą ze źródeł innych, n. p. czatkowickich; 3) że źródła regulickie mogą bardzo łatwo uledz zanieczyszczeniu; 4) że źródła te są niepewne (str. 10).

Doświadczenie, jakiego nam Wiedeń dostarcza, stanowi cenną wskazówkę i nasuwa słuszne obawy. Od wielu już lat w Wiedniu zasilają, z powodu niestałości źródeł, wodociąg wodą gruntową z Pottschach, a gdy ta nie wystarczała, wodą niefiltrowaną z rzeki Schwarza tak, iż w wodociągu wiedeńskim jest mięszanina wody źródlanéj, gruntowéj i rzecznéj, nawet niefiltrowanéj. Wodociąg regulicki w razie wojny może być odcięty

i miasto wody pozbawione. Na toż samo zwraca uwagę p. Salbach, a nadto z tego powodu, w razie budowy wodociągu regulickiego radzi zawczasu postarać się także o wodę na czas oblężenia i uważa za najodpowiedniejszy środek zasilenie wodociągu wodą z Wisły, albo też wodą gruntową z Giebułtowa. Co do tego punktu ważnym jest szczegół, iż już po uchwaleniu przez Radę miasta budowy wodociągu regulickiego, reskryptem z 12 maja 1890, komenda wojskowa na mocy rozporządzenia ministerstwa wojny oświadczyła, iż ze względu na ogromną doniosłość sprawy wodociągowej ze stanowiska wojskowego, byłoby także w ogólnym interesie bardzo pożądanem, gdyby wszystkie części składowe przyszłego wodociągu leżały zupełnie bezpiecznie wewnątrz fortyfikacyj krakowskich, a zarazem uprasza prezydyjum Magistratu o podanie i uzasadnienie powodów, jakie zniewalają do sprowadzenia wody z poza obrębu wewnętrznego fortyfikacyj. Po odpowiedzi, że w najbliższym obrębie Krakowa dobréj wody absolutnie niema, że więc koniecznie tylko źródła regulickie przyszły wodociąg zasilać mogą, wystosowała komenda drugi reskrypt do Magistratu m. Krakowa, w którym oświadcza, że ministerstwo wojny, w razie wykonania wodociągu regulickiego, ze stanowiska wojskowego widzi się zniewolonem przedewszystkiem nalegać na to, ażeby po wykonaniu wodociągu utrzymywano także wszystkie istniejące studnie tak prywatne, jakoteż publiczne w dobrym stanie, jakoteż ażeby Magistrat zechciał się oświadczyć, w jaki sposób zamierza temu żądaniu zadosyć uczynić i jaką zarządowi wojskowemu może w tym względzie ofiarować rękojmię.

Szczegół ten dlatego obszerniéj przytoczyłem, iż ważnym jest ze względów hygijenicznych. W razie utrzymania w stanie czynnym wszystkich studni prywatnych i publicznych, korzyść z wodociągu regulickiego do pewnego stopnia będzie iluzoryczną. Nikt i nic nie przeszkodzi, że służba i ludność uboższa, a na téj głównie przecież zależy, tworzy ona główną masę mieszkańców, będzie używała wody studziennéj, a więc złej, tembardziéj, gdy według studyjum p. Ingardena cena wody z wodociągu regulickiego, a tem bardziéj po przyłączeniu źródeł czatkowickich, będzie nadzwyczajnie wysoka, między 14—21 ct. za metr kubiczny, gdy np. w Wiedniu kosztuje dzisiaj m^3 8 ct. Tylko taniość dobréj wody może skłaniać ogół mieszkańców do używania wody wodociągowéj.

Wiadomo, że technicy, przemawiając z powyżéj przytoczonych przyczyn przeciwko wodociągowi regulickiemu, proponowali i domagali się dokładnego i odpowiedniego zbadania i poszukiwania wody gruntowéj. Dokładnego i odpowiedniego zbadania wody gruntowéj w okolicy Krakowa podobno nie przedsięwzięto. P. Ingarden w swem studyjum przeczy stanowczo twierdzeniu, jakoby kiedykolwiek były dokonane takie badania, któreby wykazały zupełny brak dobréj wody gruntowéj, nie były też podobno przedsięwzięte badania wody gruntowéj w dolinie Wisły, mimo twierdzenia, że za czasów prezydentury śp. Zyblikiewicza ówczesny dyrektor budownictwa p. Moraczewski wykonał studnię próbną w pobliżu Przegorzał i że znalazł złą wodę. P. Ingarden przytacza list p. Moraczewskiego, w którym tenże oświadcza, iż wiercenia próbne w dolinie Wisły były rozpoczęte, ale nie dokonane, gdyż lekarze, wchodzący w skład komisyi wodociągowéj, dowiedziawszy się o wierceniu próbnem, oświadczyli ś. p. Zyblikiewiczowi, że tam wcale dobréj wody być nie może i że próba jest niepotrzebną, bo woda gruntowa w okolicy Krakowa musi być złą. Próby zaniechano i wody też nie badano.

Szczegóły powyższe zasługują na ścisły i dokładny rozbiór a do tego, zdaniem mojem, uprawnione jest Towarzystwo lekarskie, które tak na podstawie §. 21 swego statutu, jakoteż z obowiązku obywatelskiego, powołane jest do wypowiadania zdania w sprawach hygijenicznych, tembardziéj w tym przypadku, gdy pomiędzy publicznością i radcami miasta rozpowszechnionem jest mniemanie, iż lekarze żądają wyłącznie tylko wody źródlanéj, a więc regulickiéj, i że żadna inna woda u nas do wodociągu użytą być nie może i nie powinna, którego to zdania, wobec braku dokładnych badań wody gruntowéj lekarze wypowiedzieć nie mogli.

Jako przykład może nam posłużyć w tym przypadku Tow. lekarskie wiedeńskie, które sprawę wodociągu wiedeńskiego w bieżącym roku na wiosnę bardzo szczegółowo i gruntownie traktowało i zdanie swe drukiem ogłosiło.

Sprawa ważna nie kwalifikuje się dzisiaj do dyskusyi, tem mniéj do jakiejś doraźnéj uchwały, wymaga rozważnego postępowania i zbadania dokładnego materyjału w téj kwestyi dotychczas nagromadzonego, dlatego też wnoszę:

Tow. lekarskie zechce wybrać komisyję, któraby sprawę wodociągu dokładnie rozpatrzyła ze stanowiska hygijeniczno-lekarskiego na podstawie aktów komisyi wodociągowéj i o ile możności w krótkim czasie sprawozdanie Towarzystwu przedłożyła, które to sprawozdanie w organie Towarzystwa razem z dyskusyją, jaka się wywiązać może, ogłoszonem być winno. Ażeby ułatwić zadanie komisyi, Tow. lekarskie upoważnić zechce komisyję do udania się w imieniu Towarzystwa do Rady miasta z prośbą o pozwolenie korzystania z aktów i dokumentów komisyi wodociągowéj, a wreszcie, aby komisyja miała prawo zaprosić do swego grona osoby, mogące w kwestyi wodociągowéj udzielić komisyi potrzebnych objaśnień.

Na wniosek kol. prof. Rydla sprawę tę ważną z powodu spóźnionéj pory odroczono do osobnego posiedzenia nadzwyczajnego, wyłącznie téj sprawie poświęconego.

Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie IV. z dnia 29 października 1892 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 9.

1) Przyjęto do wiadomości, że z poleconych przez Tow. lek. mleczarń nadsyłano świadectwa o dobrym stanie zdrowia krów i służby stajennej, a mianowicie, że od ostatniego posiedzenia w dniu 23 kwietnia b. r. Zarząd mleczarni w Śledziejowicach nadesłał świadectw 12, w Gnojniku świadectw 5, a w Grodkowicach świadectw 3. Z tego wynika, że z przyjętych zobowiązań najwzorowiej wywiązywał się Zarząd mleczarni w Śledziejowicach, a najniedbalej Zarząd mleczarni w Grodkowicach.

2) Na wniosek podkomisyi (prof. Steingraber i mag. farm. Sobierajski) zajmującej się ocenieniem waseliny krajowej z fabryki w Klęczanach, będącej własnością Brunickiego i Jakubowskiego uchwalono prosić prof. Dra Rydla o zbadanie, czy waselina ta nie wpływa drażniąco na spojówki oczne.

3) Przewodniczący zawiadomił, że podanie fabrykanta narzędzi chirurgicznych p. Knapińskiego w Krakowie o zasiłek na rozszerzenie fabryki w myśl uchwały powziętej na ostatniem posiedzeniu, przesłane zostało z gorącem poparciem do krajowej komisyi przemysłowej.

4) Stwierdzono z uznaniem, że wyrób przyborów opatrunkowych w fabryce M. L. Dobrowolskiego w Nowej wsi pod Krakowem odbywa się w sposób prawidłowy.

5) Przyjęto do wiadomości oświadczenie Prof. Dra Olszewskiego, który jako członek Komisyi stale kontroluje wyrób wód gazowych we fabryce pp. K. Rzący i Chmurskiego, że fabrykacya tych wód odbywa się wzorowo.

6) Na wniosek Przewodniczącego uchwalono przeważną część przetworów i wyrobów leczniczych i dyetetycznych przez Tow. lek. krak. polecanych poddać ponownemu badaniu i dochodzeniu, a to w celu przekonania się, czy ich skład chemiczny i sposób fabrykacyi nie uległ jakiej zmianie i czy one w obecnym stanie zasługują na dalsze polecanie ze strony Tow. lekarskiego.

7) W sprawie udziału Komisyi przemysł.-lekarskiej w powszechnej Wystawie krajowej, która odbyć się ma we Lwowie w r. 1894, uchwalono na wniosek Dra Śliwińskiego: *a*) zachęcić wszystkich przemysłowców, których wyroby lecznicze i dyetetyczne zostały przez Tow. lek. krak. polecone, aby wyroby te nadesłali na Wystawę wraz z rozbiorami chemicznemi, wynikami badań i doświadczeń i poleceniem Tow. lek. krak., *b*) wydać odezwę do zdrojowisk i uzdrowisk krajowych zachęcającą do wzięcia udziału w wystawie wraz z instrukcyą, co i w jaki sposób nadesłać należy, aby zachować jednolitość naukową i umożebnić pogląd ogólny na stan zakładów zdrojowo-kąpielowych i uzdrowisk krajowych i na wyrób krajowych przetworów zdrojowych.

8) Z powodu pojawienia się i w tym roku przypadków duru brzusznego podczas okresu zdrojowego w Krynicy uchwalono na wniosek Przewodniczącego wystosować do Prezydyum Namiestnictwa ponowny memoryał przedstawiający wadliwości urządzeń higienicznych tego zdrojowiska, osobliwie w zakresie wodociągów, dołów kloacznych i policyi budowniczej.

9) Polecono Zarządowi Komisyi, aby przypomniał ponownie Doc. Drowi Bandrowskiemu złożenie referatu w sprawie Drużbak na Spiżu, który to referat ma być imieniem komisyi drukiem ogłoszony.

10. Referentem nowego zdroju w Szczawnicy, nazwanego zdrojem „Jana“ mianowano Dra Ściborowskiego, który oświadczył, że złożenie referatu możebnem jest dopiero po wykonaniu rozbioru chemicznego powierzonego prof. Drowi Olszewskiemu.

11) Na podstawie sprawozdania podkomisyi (Dr. Bandrowski, Dr. Śliwiński i Mag. farm. Sobierajski) uchwalono przychylić się do prośby aptekarza Mag. farm. K. Wilczyńskiego i przedstawić Tow. lek. krak. miody lecznicze jego wyrobu do polecenia jako przetwory lecznicze zupełnie odpowiednie do używania w praktyce lekarskiej. Badania w tym względzie podjęte wykazały bowiem, że miody te przyrządzane bywają na miodzie doskonałym ze znanej od bardzo dawna miodosytni p. Wójcikiewicza w Krakowie, że nie psują się nawet po 7-miesięcznem przechowaniu w ciepłocie pokojowej, że są przyrządzane jak najstaranniej, ze do wyrobu ich używane bywają leki pierwszorzędnej jakości, że cena ich jest przystępna, że więc mogą w zupełności i z korzyścią dla przemysłu krajowego zastąpić wina lecznicze, tak często używane w praktyce lekarskiej. Pan aptekarz Wilczyński wyrabia następujące rodzaje miodów leczniczych: rebarbarowy, kaskarowy, pepsynowy, chinowy i chinowo żelazisty. (Wnioski komisyi przem. lek. przyjęło Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 9 listopada 1892 i zaliczyło miody lecznicze p. K. Wilczyńskiego do rzędu przetworów leczniczych przez Tow. lek. krak. poleconych).

12) Na podstawie badań podjętych w klinice lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego co do rozpuszczalności i skuteczności pastylek z węglanem gwajakolowym wyrabianych przez apt. mag. farm. K. Wiszniewskiego w Krakowie, z których każda zawiera po 0·50 węglanu gwajakolowego rozpuszczającego się dopiero w jelitach, komisya uchwala ten przetwór farmaceutyczny przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia. Węglan gwajakolowy pochodzi z fabryki Haydena w Bodenbach. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 9 listopada 1892, rozszerzając w ten sposób poprzednie polecenie innych pastylek czyli kołaczyków leczniczych w sposób fabryczny przez mag. farm. p. K. Wiszniewskiego wyrabianych.

13) Ponieważ jest rzeczą pożądaną, ażeby dla leków skutecznych mieć wybór w rozmaitych postaciach, w których leki te mogą być podawane, przeto poddano także ścisłemu badaniu wodę kreozotową na podstawie podania wniesionego przez aptekarza p. Dra Jana Siedleckiego. Wodę kreozotową wyrabianą w dwóch gatunkach na wodzie sodowej z dodatkiem koniaku, ulepku i spirytusu miętowego (mocniejsza zawiera w syfonie 900 grm. objętości 0·50, a słabsza 0·25 kreosotu) wielu chorych uznało jako dosyć smaczną a osobliwie niektóre dzieci piły ją dosyć chętnie. To też komisya przemysłowa stwierdziwszy to i zapewniwszy się u miejscowych dentystów, że kreozot w tej postaci podawany zębom nie szkodzi, na wniosek Dra Buzdygana uchwaliła wodę kreozotową wyrobu Dra Jana Siedleckiego polecić Tow. lek. krak. jako wyrób farmaceutyczny polecenia godny. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 9 listopada 1892).

14) W sprawie produkcyi krowianki krajowej uchwalono wnioski przedstawione przez Dra Murdzieńskiego, jak niemniej wniosek przedłożenia Prezydyum Namiestnictwa uwag Komisyi co do użyteczności krowianki w szczepieniach ochronnych corocznie z urzędu przeprowadzanych.

Z wykazów nadesłanych przez p. Józefa Kubickiego stwierdzono, że krowianki tej w roku 1891 rozesłano lekarzom powiatowym 72.300 porcyj a lekarzom prywatnym 6.000 porcyj i że krowianka ta, jak się okazuje z załączonych listów, przyjmowała się przeciętnie w 95% a w niektórych powiatach w 100%.

15) Polecono sekretarzowi, by już teraz zajął się przygotowaniem spisu lekarzy praktykujących w zdrojowiskach i w uzdrowiskach krajowych, jak niemniej lekarzy Polaków praktykujących w zdrojowiskach zagranicznych.

16) Ponieważ wydarzyło się, że w jednym ze składów aptecznych w Krakowie wydano wodę sodową hygieniczną wyrobu pp. K. Rzący i Chmurskiego w stanie zupełnie rozłożonym i do użycia niezdatnym, a podjęte dochodzenie wykazało, że fabryka w tym względzie najmniejszej winy nie ponosi, cała zaś odpowiedzialność spada na właściciela składu aptecznego, który poważył się sprzedawać wodę przed trzema laty z fabryki pobraną, przeto uchwalono: *a*) przedstawić sprawę tę Prezydentowi Miasta z wnioskiem przykładnego ukarania właściciela składu aptecznego, *b*) wezwać fabrykę wód gazowych pp. K. Rzący i Chmurskiego, aby dołożyła wszelkich starań, ażeby wody gazowe po upływie jednego roku w ten sam sam sposób usuwane były z obiegu, jak to w myśl obowiązujących ustaw dziać się winno ze wszystkiemi naturalnemi wodami mineralnemi.

Sekretarz kom. przem.-lek. *Dr. Michał Śliwiński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 listopada. Na przedstawienie Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. Wysokie Ministerstwo Oświecenia udzieliło Drowi Beckowi, od lat kilku asystentowi prof. Cybulskiego, znanemu z prac w dziedzinie fizyjologii, umieszczanych w czasopismach polskich i zagranicznych, stypendyjum do wyjazdu za granicę, celem dalszego kształcenia się w fizyjologii i patologii ogólnéj.

* Wyszedł z druku zeszyt 14 „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“ wydawanych pod redakcyją prof. Dra Korczyńskiego. Zeszyt ten jest trzecim z rzędu zeszytem Seryi II. i zawiera bardzo pouczającą pracę Dra Wł. Biegańskiego: „O marskości płuc“. Dr. Biegański znany jest ze swych prac literackich, z pośród których wymieniamy tylko jego obszerne dzieło: „Dyjagnostyka chorób wewnętrznych“ i bardzo piękną rozprawę: „O stwardnieniu tętnic“, która wyszła niedawno w zbiorze „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“.

* W tygodniu 44 ym (od 30 października do 5 listopada) było w Krakowie małżeństw 13, urodzeń 51, skonów 44, z tych z zapalenia płuc 8, z dławca i błonicy 6, z gruźlicy 5, z czerwonki 2, z ospy 1, z cholery 0.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 45: Biernackiego: O uciskowem porażeniu czucia; Czarkowskiego: O podniecającem działaniu kofeiny na mózg u alkoholików; Kramsztyka: Pomyłki w leczeniu jaskry, rzecz dla nieokulistów. — W *Medycynie* Nr. 45: Rosenthala: Rak okrężnicy wstępującéj; Karczewskiego: O wlewaniach soli w cholerze (dok.). — W *Nowinach Lek.* Nr. 11: Iwanickiego: Kilka uwag o epidemii włóknikowego zap. płuc; Święcickiego: O postępowaniu z szypułką przy wycięciu przez brzuch mięśniakowéj macicy; Wicherkiewicza B.: Zgubny wpływ słońca na oko.

---

† Dr. ADOLF TRACHTENBERG.

Dnia 27 października zakończył życie w Simferopolu Dr. Adolf Trachtenberg, wieloletni prezes Tow. lekarskiego simferopolskiego, lekarz miejski itd.

Urodzony i wychowany w Żytomierzu, nauki lekarskie odbył w Kijowie i Dorpacie; wiedzę zawodową wzbogacił pracą w wszechnicach zagranicznych. Przed 30 laty osiadł w Żytomierzu i kiedy los w całéj pełni sprzyjał młodemu, zdolnemu, i wszechstronnie wykształconemu lekarzowi, burze dziejowe wyrzuciły śp. Trachtenberga z dobytego już stanowiska. Z walk i cierpień nadludzkich wyszedł bez zdrowia: złamany na ciele, lecz dziwnie wzmocniony w zacności i podniosłości ducha. Schorzałemu przeznaczono Krym na miejsce pobytu, a kiedy zwrócono zawieszone prawo praktyki lekarskiéj, osiadł stale w Simferopolu i zdobył stanowisko, jakie odpowiadało jego zdolnościom i charakterowi; władze zużytkowały jego wiedzę ku uzdrowotnie-

niu miasta; lekarze wybrali go w r. 1885 prezesem Tow. lek. i godność tę piastował do śmierci; publiczność czciła w nim wysoce uzdolnionego lekarza i wielkiego serca obywatela. To też kiedy nadszedł dzień śmierci a następnie pogrzebu, wszystkie wyznania (nieboszczyk był kalwinem) i plemiona zamieszkujące Simferopol, wszystkie instytucyje i Stowarzyszenia pospieszyły tłumnie z oznakami wdzięcznéj i niewygasłéj pamięci. — Tow. lekarskie simferopolskie, prócz innych objawów wdzięczności i żalu po zgasłym prezesie, uchwaliło odbyć posiedzenie nadzwyczajne, poświęcone pamięci zmarłego; w mieście zbierają się składki na ustanowienie stypendyjum imienia Trachtenberga, przy gimnazyum żeńskiem, którego on był lekarzem. „*Krymski Wiestnik*“ poświęcił pamięci zmarłego wspomnienie pośmiertne, napisane serdecznie i rzewnie. My, co go znaliśmy i czciliśmy, tracimy w zgasłym koledze pierwowzór szlachetności nadludzkiéj, anielskiéj dobroci i wyrozumiałości; w nim zgasł szlachetny typ wysoce i wszechstronnie wykształconego lekarza, harmonijnie łączącego wiedzę z szlachetnością duszy i charakteru.

Zmarł licząc niespełna lat 60.

Wydawnictwu „Słownika lekarzów polskich“ gorąco polecamy pominięte w nim imię Adolfa Trachtenberga, gdyż nietylko duszą i ciałem, lecz myślą i ofiarą należał on do naszego społeczeństwa, któremu swem życiem wzniosłem, pracowitem i miłosiernem przysporzył uroku nietylko u obcych, lecz i u uprzedzonych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 23 listopada b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali „Śniadeckich“ (*Collegium novum* I piętro). — Porządek dzienny: 1) Sprawy administracyjne; 2) kol. Browicz poda wyniki swych badań, jakie mu nastręczyła tegoroczna epidemija cholery w Krakowie; 3) kol. Kryński będzie mieć odczyt „o szczególnéj postaci guzów limfatycznych“ (z demonstracyją preparatów mikroskopowych).

NADESŁANE

W przyszłym tygodniu pojawi się już w księgarniach i rozesłanym zostanie Sz. Kolegom

Kalendarz lekarski krak. na r. 1893.

Rocznik ten znacznie powiększony i w zmienionéj formie, kosztować będzie 1 złr. 60 ct., z przesyłką pocztową 1 złr. 70 ct. *Dr. Murdzieński.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 26 Listopada 1892. Nr. 48.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo ginekologicznéj prof Dra Madurowicza w Krakowie.

O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnéj.

Podał
Dr. M. Cercha,
I-szy asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47.)

I to zejście jest niemniéj pomyślne od pierwszego, lecz może być wynikiem tylko dokładnego badania, trafnego rozpoznania i odpowiedniego leczenia, jeżeli zaś zadowalamy się tylko leczeniem objawowem, to nietylko, że nie spełniamy naszego zadania, ale nadto przez takie leczenie (najczęściéj systematyczne odprowadzanie moczu i to nieraz tygodniami) narażamy chorą, wobec złego odżywienia błony śluzowéj cewki moczowéj i pęcherza, wskutek zmienionych warunków krążenia, na zapalenie błony śluzowéj, albo co gorsza, gdy niemamy wprawy w kateteryzowaniu, które w tych razach jest bardzo trudne z przyczyny zmian topograficznych (ujście cewki moczowéj jest mocno wciągnięte do przedsionka a cewka bardzo mocno wydłużona i przylega do tylnéj ściany spojenia łonowego), jeżeli nieostrożnie zakładamy cewnik, wtedy bardzo łatwo obrazić możemy cewkę i pęcherz i sprowadzić drogę fałszywą.

Że rzeczywiście stosunki topograficzne są zmienione, to każdy przyzna, kto raz miał sposobność zaprowadzać cewnik przy tyłozgięciu macicy ciężarnéj, naturalnie, jeżeli chce to zrobić w sposób oględny, szkody ciężarnéj nie przynoszący; a kto chce przekonać się o stosunkach topograficznych w miednicy małéj przy uwięźnięciu macicy, dotyczących macicy, szyjki macicy, sklepień, cewki moczowéj, otrzewny i odbytnicy, ten znajdzie je w artykule z kliniki prof. Wydera w Zurychu, ogłoszonym przez Dra Schwytzera pod tytułem: „*Zur Anatomie der Lageveränderungen des Uterus*“ (*Archiv f. Gynaek.* Bd. XLI, H. 1 u. 2, 1891) i w załączonéj tabl. VIII fig. 1 przedstawiającéj przekrój dokonany na zamrożonych zwłokach kobiety, zmarłéj z powodu zapalenia otrzewny, wywołanego przedziurawieniem wielokrotnem pęcherza moczowego przy uwięźnięciu macicy ciężarnéj tyłozgiętéj. — Stosunki te przedstawiają się w następujący sposób: *a*) macica wypełnia całą miednicę małą i przylega ściśle do kości krzyżowéj, ku dołowi sięga zazwyczaj bardzo nisko prawie 3 do 4 ctm. powyżéj otworu stolcowego i wejścia do pochwy, dosięga więc płaszczyzny wychodu miednicy; od przodu przyciska ścianę pochwy zupełnie do tylnéj powierzchni spojenia łonowego. Przednia ściana macicy w okolicy ujścia wewnętrznego jest najbardziéj ścieńczała.

b) Szyjka macicy leży bezpośrednio za spojeniem łonowem, tylna warga części pochwowéj jest prawie zanikła, ujście zewnętrzne macicy stoi prawie w wysokości wchodu miednicy.

c) Sklepienie przednie leży nad spojeniem łonowem, ściana pochwy mocno jest wyciągnięta, a ujście cewki moczowéj zewnętrzne przez to mocno w głąb wciągnięte, cebulka moczowa jest zupełnie niewidoczna, cewka moczowa ma dł. 5 ctm., w górnéj części nieco rozszerzona, ściany pęcherza nieco zgrubiałe, lecz niejednostajnie, górny koniec cewki moczowéj leży w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego.

d) Otrzewna przechodzi już w wysokości $15^1/_2$ ctm. powyżéj spojenia na pęcherz tak, że przejście otrzewny z pęcherza na macicę leży bardzo wysoko, przeciwnie otrzewna zatoki Douglasa jest zepchnięta bardzo nisko.

e) Kiszka stolcowa do wysokości kości ogonowéj leży mniéj lub więcéj w środku, powyżéj znacznie na lewo przesunięta.

Rysunek tego przekroju jest bardzo pouczający i wierny a jest jedyny znany w literaturze, inne bowiem, jak n. p. Oldhama, Schulzego, Schatza i te, które znajdujemy w podręczniku Schrödera są schematyczne i dają tylko obraz zmian w przybliżeniu.

Powikłanie to i w ten sposób zakończyć się może, że w początkach 3 i 4 miesiąca księżycowego macica częściowo

a mianowicie przednia jéj ściana znacznemu ulega rozciągnięciu, a część pozostaje w miednicy małéj, tworząc zaułek, w którym jedna część płodu, n. p. główka znajdować się może, podczas gdy reszta płodu rozwija się w téj części macicy, która wycofała się do miednicy dużéj: jestto zejście i wogóle forma tyłozgięcia bardzo rzadkie, a nazywamy tę zmianę częściowem tyłozgięciem (*retroflexio uteri gravidi partialis*, przypadek G. Veita, Volkmanns-Sammlung, Nr. 170, 1879). W. tych rzadkich przypadkach nie było znaczniejszych zaburzeń podczas ciąży, lecz za to podczas porodu uważać należy na pierwszy okres, albowiem pęcherz i część płodu poprzedzająca nie przyczyniają się wtedy do rozwarcia ujścia zewnętrznego, lecz przy każdym skurczu macicy ulega rozszerzeniu zaułek w tylnem sklepieniu i to tak dalece, że może w tem miejscu powstać oderwanie szyi od reszty macicy; dlatego to lekarz powinien uważać na to i starać się tylną wargę macicy przesuwać poza część poprzedzającą a tym sposobem sprowadzi stosunki prawidłowe, t. j. że skurcze macicy będą działać w kierunku długiéj osi macicy. Albo też macica powiększa się w swojem nieprawidłowem położeniu, wywołując cały szereg objawów uciskowych ze strony pęcherza i kiszki stolcowéj, ale też równocześnie, wskutek zmienionych warunków krążenia i przekrwienia biernego, występują objawy zadrażnienia macicy, ściągania, a wreszcie typowe skurcze porodowe i sprawa kończy się poronieniem, po którem objawy groźne wskutek zmniejszenia objętości macicy ustępują: i w tym razie niewiasta zwykle cało wychodzi, jeżeli nie występuje zakażenie, co nie jest wykluczonem.

Jeżeli żadne z tych zejść niema miejsca, wtedy występuje stan tak zwanego uwięźnięcia macicy ciężarnéj ze swemi następstwami groźnemi a w skutkach tak zgubnemi, że pociągają za sobą często śmierć dwóch naraz istot. Objawy te są następujące: podwyższenie cieploty, puls szybki, nudności lub wymioty, bolesność brzucha, przemawiająca za podrażnieniem otrzewny, podwyższenie ciepłoty pochwy, suchość błony śluzowéj a wreszcie wybadanie macicy nieruchméj w tylnem sklepieniu. Do nas więc należy niebezpieczeństwo grożące rozpoznać i na czas je odwrócić.

Rozpoznanie zaś tyłopochylenia lub tyłozgięcia macicy ciężarnéj przy pewnéj wprawie w badaniu, daléj po uwzględnieniu wywiadów i objawów, które w wielu razach są bardzo cechujące, nie przedstawia wielkich trudności i nie wiele mamy chorób, które wykluczyć należy, nim na pewno ostatnie wyrzeczemy słowo. O tych chorobach wspomnę późniéj. Pierwszą rzeczą, która nas zmusza do przypuszczenia zmiany w położeniu, są zaburzenia ze strony pęcherza moczowego i kiszki stolcowéj. Chore skarżą się na potrzebę częstego oddawaniu moczu, na parcie, które jest wynikiem rozdęcia pęcherza z jednéj strony, a uciśnięcia cewki moczowéj z drugiéj strony — wnet jednak przechodzi ono w okres, w którym ciężarna nie może oddawać moczu a nareszcie zaczyna się cechujący objaw, tj. mimowolne moczenie kroplami, a mimo tego pęcherz jest moczem przepełniony (*ischuria paradoxa*). Zazwyczaj towarzyszą temu bóle mocne, pochodzące, bądź z nadmiernego rozdęcia pęcherza, bądź z ucisku macicy na nerwy, bądź też są one uczuciem podmiotowem skurczeń macicy i zapowiedzią zbliżającego się poronienia. Ze strony kiszki stolcowéj cechującem jest zaparcie stolca nie czułe nawet na dosyć silne środki przeczyszczające.

Za pomocą badania przedmiotowego wykażemy obok objawów ciąży prawdopodobnych, jak ustania regularności, zwiększonéj czynności w sutkach, zasinienia i rozpulchnienia sromu i pochwy, także cechujące zmiany przy badaniu palcem przez pochwę. I tak: część pochwowa znajduje się zwykle bardzo wysoko, jużto do spojenia łonowego przyparta, już też ponad niem leżąca, sklepienie przednie jest szczelinowate, gdy tylne, w którem się znajduje trzon macicy, bywa mocno do próżni miednicy wypuklone, co więcéj w pewnych przypadkach było ono tak znaczne, że nawet i międzykrocze przybierało postać, jaką ma wtedy, gdy podczas porodu prawidłowego część poprzedzająca zaczyna się przerzynać. O takich przypadkach wspominają Eichhorn, Schatz, Halbertsma. Badanie moczu wykazuje zazwyczaj objawy kataru pęcherza, a w daléj posuniętych przypadkach rozkład amoniakalny a nawet gnicie. Z tych wszystkich objawów możemy łatwo dojść do rozpoznania, do którego dochodzimy najłatwiéj przez zestawione czyli oburęczne badanie, naturalnie po poprzedniem odprowadzeniu moczu. Podobne objawy możemy mieć w dwóch przypadkach, tj. jeżeli mamy do czynienia z uwięźnięciem macicy nie ciężarnéj, lecz macicy zawierającéj włókniaka i to podśluzowego lub jeżeli badamy przypadek, w którym nastąpiło zaklinowanie nowotworu, najczęściéj jajnikowego w zatoce Douglasa. Obok objawów prawdopodobnych ciąży guz w tylnem sklepieniu będący w ścisłym związku z częścią pochwową macicy przemawia za tyłozgięciem lub pochyleniem macicy ciężarnéj, a pozwala wykluczyć wszystko inne.

Rokowanie zależy od czasu trwania choroby i od zmian, jakie w tkankach sąsiednich wywołała; w tym ostatnim razie, jeżeli zmiany są daleko posunięte, rokowanie jest bardzo wątpliwem, a nawet złem.

Przechodząc do omawiania leczenia zboczeń macicy ciężarnéj ku tyłowi, musimy przedewszystkiem starać się o to, aby macicę sprowadzić do położenia prawidłowego i w niem ją utrzymać. W tym celu należy macicę ręcznie odprowadzić i następnie założyć do pochwy krążek Mayera, Brauna, Hodgego lub Schulzego, którego zadaniem jest utrzymywać macicę w prawidłowem położeniu; krążek taki powinien, jeżeli go ciężarna dobrze znosi i nie czuje dolegliwości, pozostać aż do téj chwili, kiedy macica powiększając się wchodzi do miednicy dużéj a obawa uwięźnięcia lub powtórnego opadnięcia minęła.

Nie sądzę, aby dobrze było, licząc na możność dobrowolnego cofnięcia się, czekać z odprowadzeniem, aż wystąpią groźniejsze objawy, wprawdzie i wtedy ono jest możebnem, ale trudniejszem i obawiać się należy, że nawet po udałem odprowadzeniu poronienie nastąpi.

Jeżeli ciężarna zgłasza się do nas już w tym okresie, kiedy występują objawy uwięźnięcia, to leczenie musi być czynne, polegające na odprowadzeniu, lub nawet, gdy to się nie udaje, na pomniejszeniu czyli wypróżnieniu macicy.

Nieraz jednak i w tym okresie już odpuszczenie moczu, które musi poprzedzać odprowadzenie, a które należy wykonać cewnikiem elastycznym i ostrożnie, wystarcza, że macica wraca po pewnym czasie do prawidłowego położenia. Mocz należy wypuszczać powoli, czyniąc od czasu do czasu pewne pauzy, rozdętego mocno pęcherza nie należy uciskać przez powłoki brzuszne, bo może nastąpić do pęcherza obfity krwotok, nawet przy ostrożnem i powolnem odpuszczaniu ostatnie krople moczu bywają krwawe. To samo da się

powiedzieć o lewatywach, za pomocą których należy wypróżnić kiszkę, a które także dobre dają wyniki, zwłaszcza gdy chora leży w odpowiedniéj pozycyi, tj. na boku z mocno przybliżonemi do brzucha udami lub w pozycyi kolankowo-łokciowéj. Obydwa te zabiegi mają tę dodatnią stronę, że nie wywołują drażnienia macicy. Są przypadki, w których odprowadzenie moczu jest niemożebnem, wtedy nawet trzeba się uciec do nakłucia pęcherza cienkim trójgrańcem, 3—4 ctm. nad spojeniem łonowem (Münchmayer, Cheston, Kilian),

Gdy to postępowanie nie prowadzi do celu, należy chorą zachloroformować, macicę ręcznie odprowadzić, a to w następujący sposób: Pęcherz i kiszka stolcowa tak jak przed każdym zabiegiem muszą być wypróżnione. Chorą układa się najlepiéj na łóżku poprzecznem z udami do brzucha zbliżonemi i nieco rozstawionemi. Operator wprowadza dwa palce lub połowę ręki do pochwy do tylnego sklepienia, drugą rękę układa nad spojeniem łonowem, wtedy ręka znajdująca się w pochwie, stara się zwolna od jednéj lub drugiéj zatoki krzyżowo-biodrowéj wysunąć macicę z miednicy małéj; ręka zaś na powłokach ułożona stara się zajść za tylną ścianę macicy, uchwycić ją i ku przodowi przegiąć. Nie należy nigdy próbować odprowadzania macicy wprost przez wzgórek kości krzyżowéj, bo tam jest znacznie mniéj miejsca, co zabieg czyni trudniejszym. Zaraz po odprowadzeniu stosunki topograficzne się zmieniają. Część pochwowa znajduje się teraz nieco niżéj, więcéj w osi miednicy a dalszy ciąg macicy można wybadać we wszystkich sklepieniach a więc i w przedniem; w tylnem sklepieniu dawne wypuklenie nie istnieje. Aby macicę teraz w prawidłowem położeniu utrzymać, trzeba założyć tampon z waty w tylne sklepienie, albo ułożyć chorą na bok lub w pozycyi kolankowo-łokciowéj. Nie zawsze po odprowadzeniu macicy ciąża da się utrzymać, często następuje poronienie, na co otoczenie przygotować należy; w każdym razie nie zaszkodzi, jeżeli podamy choréj 3 razy dziennie po 10—15 kropli nastoju makowca (*tra opii simplex*), nadto chora musi jakiś czas pozostać w opiece lekarskiéj, dopóki grozi obawa poronienia, lub powtórnego uwięźnięcia, a chociażby żadnych nie było objawów, to po odprowadzeniu chora powinna kilka dni pozostać w łóżku.

Zdarzają się przypadki, w których mimo chloroformowania odprowadzenie się nie udaje, wtedy trzeba według rady Hurrego, który w ten sposób wyleczył 32 przypadki, założyć do pochwy lub odbytnicy balon Brauna (*Colpeurinter*) a potem do ponownego ręcznego odprowadzenia po raz drugi przystąpić. Gdy i to zawodzi, należy przystąpić do pomniejszenia macicy, tj. do wzniecenia poronienia i to, albo przez przebicie jaja płodowego zgłębnikiem macicznym i wypuszczenie wody płodowéj drogą naturalną, co się jednak z powodu trudnego dojścia do szyi rzadko udaje, albo należy nakłuć macicę przez tylne sklepienie trójgrańcem i tą drogą wodę płodową wypuścić. Po odpływie wody płodowéj macicę należy odprowadzić, poczem zwykle występują skurcze i poronienie. Sposób to ryzykowny, ale jeżeli chodzi o wybór pomiędzy niepomyślnem zejściem a niebezpiecznym zabiegiem, to nie możemy wahać się ani na chwilę.

A teraz pozostaje mi przedstawić historyje choroby naszych trzech przypadków i poczynić pewne uwagi, jakie się wśród obserwacyi nasunęły. (Dok. nast.)

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał
Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46.)

17. Rozalia Jąkała, lat 3, przyjęta 13 września 1880. Kościec prawidłowy, odżywienie dość dobre, na skórze czyraki. Nad szczytem płuca lewego odgłos wypukowy przytłumiony, oddech chuchający. Brzuch zapadły, śledziona macalna. Śpiączka, zaparcie stolca. wzrok wystraszony, c. w. 68·5.

14 i 15 stan ten sam, dziecko po największéj części drzemie, wieczorem ciepłota podwyższona, 38·2—38·5.

16 wymioty po każdorazowem jedzeniu, c. w. 36·8.

12 wymioty ustały. c. r. 37·7, w. 37·7.

19 c. r. 37·4. Drgawki słabe, brak przytomności, gałki oczne nieruchomo w dal ustawione, źrenice szerokie.

20 oddech nieregularny, chora już nie połyka.

21 silne drgawki, które całą dobę trwały, *opisthotonus* aż do 22 września, śmierć o godzinie 7 rano.

Sekcyja wykonana 23 września wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsq. infiltratione tuberculosa et tuberculosi pulmonis sinistri miliari, meningitide basali tuberculosa c. hydrocephalo interno acuto. Tumor lienis chronicus.*

Na podstawie mózgu, w zatokach Sylwiusza i około skrzyżowania się nerwów wzrokowych pokłady szaro żółtéj galaretowatéj wypociny. W komórkach do 200 grm. mętnego płynu.

18. Jędrzéj Kolasa, lat 11, przyjęty 8 października 1880. (Przypadek ten opisany przez śp. kol. Kułakowskiego w „Przeglądzie Lek.“ z r. 1881, Nr. 28, pod tytułem „Przypadek torbiela gruźliczego nerki“ — dlatego ograniczam się tylko do podania przypadów odpowiadających zapaleniu opon). Badanie wykazało gruźlicę narządu moczopłciowego, naciek gruźliczy szczytów płuc i zapalenie opłucny lewéj.

Dnia 2 listopada narzeka na silny ból głowy, równocześnie zupełny brak apetytu, c. w. 38·6.

3/XI. Dwukrotne wymioty, c. r. 37·6, w. 38·4.

Aż do 6/XI stan ten sam, c. r. 38·3, krwotok nosowy, ból głowy coraz silniejszy, c. w. 38·8.

7/XI. Ponowny krwotok nosowy, apatyja, chory tylko półprzytomny, wzdychanie, c. r. 38·4, w. 38·6.

8/XI. Nieprzytomność, wykrzykiwanie, rozszerzenie źrenic, mocny krwotok z ust, c. r. 38·0, w. 38·7. Rozwolnienie.

9/XI stan ten sam, nadto drgawki. c. r. 38·4, tętno 138 nikłe, nieregularne, oddechów 40. Brzuch nieckowato zapadły. Ciągły niespokój. W południe silny atak drgawek i rzucanie kończyną górną lewą. Wieczorem c. 38·5, tętno 130, tor oddechowy Stokesa, o godzinie 8 śmierć.

Sekcyja wykonana 11 listopada wykazała: *Tuberculosis tractus urogenitalis subsequ. meningitide basali tuberculosa, infiltratio apicis pulmonis utr. praecipue dextri, pleuritis fibrosa sinistra, tumor lienis ingens malaricus.*

Czaszka prawidłowa, symetryczna, opona twarda gładka, miernie drzewkowato nastrzykana, nieco znaczniéj napięta, wewnętrzna powierzchnia i zatoki prawidłowe. Opony miękkie cienkie, blade, na podstawie tuż obok nerwów wzrokowych i mostka Varola mierna ilość szarawéj, częścią żółtawéj galaretowatéj wypociny na oponach i wśród utkania tychże. Nadto tak w tem miejscu jakoteż i w zatokach Sylwiusza i w sąsiedztwie móżdżku, szczególniéj wzdłuż naczyń, rozsiane są dość licznie typowe gruzełki. Komórka trzecia i boczne wraz z rogami znaczniéj rozszerzone, zawierają do 150 grm. mętnéj, białawéj cieczy. Powierzchowne warstwy ścian komórek rozmiękają na białawą masę. Gruczoły oskrzelowe powiększone, na przekroju szarawe, twarde; kreskowe miej-

scami nieznacznie powiększone: *ductus thoracicus* badany gruzełków nie okazuje.

19. Ferdynand Piegza, lat 2, przyjęty 3 grudnia 1880. Ojciec chory na suchoty płuc, braciszek umarł na zapalenie opon mózgowych. Dziecię cierpieć miało czas dłuższy rozwolnienie, poczem w ostatnich dniach nastąpiło zaparcie żywota, a dnia wczorajszego wystąpiły nagle wymioty i drgawki.

Kościec prawidłowy, odżywienie mierne, cera ziemista, gruczoły karkowe przerosłe, twarde. Nieprzytomny, wyraz oczu groźny, gałki oczne ustawione kurczowo w dal. Wargi sine, zęby zaciśnięte. Odgłos wypukowy ponad szczytami płuc krótszy, przy oddechu liczne drobne rzężenia. Tętno 128, ciepłota 37·3. Brzuch wysklepiony. Wieczorem drgawki ogólne, skurcz karkowy, c. w. 38·4.

4/XII c. r. 38 8, śmierć wśród drgawek około południa.

Sekcyja wykonana 6 grudnia wykazała: *Degeneratio glandularum mesaraicarum caseosa subseq. tuberculosi universali. Infiltratio pulmonis utriusque praecipue lobi dextri superioris tuberculosa. Peribronchitis disseminata. Meningitis basis cerebri tuberculosa recens. Tuberculosis lienis, hepatis, renum. Catarrhus intestini tenuis chronicus.*

Na podstawie nieznaczna tylko ilość wypociny galaretowatéj, licznie zaś rozsiane gruzełki. Komórki mózgowe zawierają nieco tylko cieczy mętnawéj. Gruczoły oskrzelowe miernie tylko powiększone, soczyste. Gruczoły limfatyczne tak kreskowe jak zaotrzewnowe stanowią duże pakiety żółtawych serowatych mas, w części w środku rozmiękających na wpółpłynną miazgę.

20. Józefa Strycharska, lat 8, przyjęta 7 grudnia 1880. Siostra jéj umarła na ogólną gruźlicę i wodogłowie przewłoczne.

Złe odżywienie, skóra sucha, opad lewéj powieki górnéj. Odgłos wypukowy nad obydwoma szczytami płuc z tyłu krótszy, w szczycie lewym wydech oskrzelowy, w reszcie płuc rzężenia i furczenia. Brzuch zapadły, wątroba i śledziona prawidłowe. Gruczoły pachwinowe szczególnie po stronie lewéj przerosłe i twarde. Zupełny brak apetytu, zaparcie stolca, wymioty, apatyja, ospałość. Ciepłota wieczorna 38 2, tętno nieregularne 120.

W dniach 8 i 9 stan ten sam, wymioty kilkakrotne, ciągły ból głowy, szczególniéj w czole, uparte zatrzymanie stolca, ciepłota między 37·6 a 38·0.

10 grudnia c. r. 37 2. Zupełna nieprzytomność. W nocy wystąpił atak drgawek, głównie mięśni twarzy i kończyn górnych. Gałki oczne ku górze sztywnie zwrócone, źrenice szerokie, oddziaływanie bardzo leniwe. Wzdychanie. Przykurczenia kończyn górnych i skurcz stały rąk. Tętno nieregularne 142.

Wieczorem c. 37·6. Leży daléj bez przytomności, tylko czasem jęczy. Oddech płytki, częsty, nieregularny.

11 grudnia c. c. 38·8. Stan ten sam, drżenie członków. O godzinie 10 rano śmierć.

Sekcyja wykonana 12 grudnia wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium et retroperitonealium caseosa sbsq. infiltratione tuberculosa pulmonis sinistri et peribronchitide tuberculosa dextra. Tuberculosis pleurae, hepatis, renum lienis. Ulcera ilei follicularia, hyperplasia glandularum mesaraicarum.*

Tak jak u siostry choréj téj, zmarłéj również w szpitalu św. Ludwika, czekała nas przy sekcyi niespodzianka, bo znaléźliśmy wodogłowie przewłoczne znacznego stopnia, w komórkach przeszło litr płynu, pozostające w rażącym niestosunku do znacznego rozwoju inteligencyi objawianéj za życia (por. przyp. 11 oddziału wodogłowie przewłoczne), tak na odwrót w przypadku tym, w którym stwierdzono za życia gruźlicę płuc i gruczołów, uprawniała nas wobec bardzo wyraźnych objawów ze strony mózgu, t. j. bólu głowy, wymiotów, zaparcia stolca, ospałości, nieprzytomności, drgawek i przykurczeń w typowym porządku po sobie następujących, do rozpoznania zapalenia opon mózgowych gruźliczego, zmiany téj przy sekcyi nie stwierdzono: sekcyja nie wykazała jednakowoż także żadnéj innéj zmiany mózgu lub jego opon, nie wytłomaczyła zatem przyczyny owych objawów mózgowych, dlatego też wobec stwierdzonéj sekcyją gruźlicy gólnéj przypuścić musimy, że objawy za życia spostrzegane zależne były od erupcyi gruzełków jeszcze drobnowidowych czy to w oponach podstawy, czy w splotach komórkowych, czy też może i w korze mózgowéj, których mikroskopowo odnaleść nie było można.

21. Zofia Babicówna, lat 4, przyjęta 27 grudnia 1880. Miernie odżywiona, blada, Skóra twarzy i stóp obrzękła surowiczo. W płucach objawy rozległego nieżytu, rzężenia i furczenia pokrywające szmery oddechowe. Kaszel częsty z cechą dobrze już rozwiniętego krztuśca. Brzuch wielki, śledziona macalna, rozwolnienie. Otok z ucha prawego ropny.

28/XII. Napadów krztuśca w ciągu doby 10, mocz zawiera wybitny ślad białka, w osadzie wałeczki szkliste i ziarniste, nieco ciałek krwi czerwonych, c. 37 4.

Do wieczora dnia 7 stycznia 1881 stan jednakowy, ogólny dość dobry. Cieplota mierzona dorywkowo okazywała się zawsze prawidłową; napadów kaszlu bywało dziennie 8—14, obrzęk surowiczy stóp ustąpił, białka w moczu był tylko śladzik ledwo spostrzegalny. Apetyt był dobry, stolców dziennie 2—3.

7/I wieczorem o godzinie 8 wśród wybuchu ropy ustami i uchem prawem dostała chora silnych drgawek, które w nocy kilkakrotnie się powtarzały.

8/I c. r. 39·8. Bezprzytomność, oczy wytrzeszczone, źrenica lewa węższa, mierne stężenie ciała całego. c. w. 39·4. Drgawki powtarzają się, obejmują mięśnie twarzy i kończyn zwłaszcza górnéj prawéj.

9/I. Stan ten sam, w płucu lewem w części dolnéj słychać drobne trzeszczenia. c. r. 37·0, bezprzytomność, źrenica lewa znacznie dziś szersza od prawéj. Po południu drgawek już nie było tylko dreszcze, c. 37·7.

10/I nad ranem umarła.

Sekcyja wykonana 11 stycznia wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa, infiltratio tuberculosa pulmonis utriusque, pneumonia lobularis sinistra, bronchitis diffusa. Tuberculosis hepatis, lienis, partim et piae matris miliaris. Catarrhus intestini ilei, hyperplasia glandularum mesaraicarum. Tumor lienis chronicus.*

Czaszka prawidłowa, symetryczna, opona twarda gładka, blada, również ponad kością skalistą nie zmieniona. Opony miękkie blade, przeświecające. Na dolnéj powierzchni lewego płatu czołowego widać na powierzchni opon grupę złożoną z kilku guzków szarych, wielkości ziarnka maku, wpół przeświecających, w sąsiedztwie naczynia krwionośnego usadowionych. Opony w bezpośredniem otoczeniu nieznacznie drzewkowato nastrzyknięte, wszędzie indziéj prawidłowe. Zwoje mózgu wyraźne, rówki głębokie, na przekroju kora prawidłowo szeroka, wszędzie wyraźnie od rdzeniowéj istoty odgraniczona. Istota rdzeniowa blada, sucha, spójności prawidłowéj. Komórki mózgu i sploty prawidłowe.

Wewnętrzna powierzchnia ucha środkowego prawego częścią owrzodziała, w całości pokryta znaczną ilością wypociny ropnéj. Kość stanowiąca tylną ścianę ucha środkowego, jakoteż przytykające *cellulae mastoideae* w nieznacznéj części porowate, wypociną ropną przepełnione — również i część kości stanowiącéj dno jamy bębenkowéj owrzodziała, po części rozmiękająca. Przewód zewnętrzny okazuje tylko powierzchowne ubytki; cały zaś wypełniony brudną, ropiastą z krwią zmieszaną cieczą.

W przypadku tym rorpoznaliśmy zapalenie opon mózgowych ropne, przypuszczając, iż nastąpiło przebicie kości skalistéj ku górze i wdarcie się ropy do jamy czaszkowéj a rozpoznanie to oparliśmy na téj podstawie, iż objawy mózgowe wystąpiły nagle i gwałtownie, bez okresu poprzedzającego, obejmującego ból głowy, wymioty, zaparcie stolca, zmianę humoru itp., że przebieg choroby był bardzo prędki, chorobie towarzyszyło w samym początku znaczne nasilenie gorączkowe, bo 39 8° C. a zaraz nazajutrz opadła ciepłota do stanu prawidłowego, co można było tłomaczyć następowym wysiękiem w komórkach i uciskiem na jądro nerwu błędnego na dnie komórki czwartéj, że brakło zupełnie przypadków

podstawowych, że wreszcie równocześnie z wystąpieniem drgawek nastąpił wybuch ropy ustami i uchem, co tłomaczyliśmy sobie pęknięciem ropnia wskutek napadu kaszlu krztuścowego i że nakoniec nie mieliśmy za życia danych dla rozpoznania gruźlicy w płucach, a tem mniéj gruźlicy ogólnéj. Tymczasem jak widzimy nie było w przypadku tym wcale żadnych zmian anatomicznych odpowiadających zapaleniu opon w ogólności, a zastaliśmy tylko gruźlicę opon bez zmian następowych, t. j. zapalnych w miejscu ograniczonem. Również nie zachodził żaden związek przyczynowy pomiędzy zapaleniem ucha środkowego a zmianą na oponach, jak to zarządzone szczegółowe zbadanie ucha wykazało. Bardzo ciekawą i pouczającą jest zatem ta okoliczność, iż objawy mózgowe przez nas spostrzeżone, tj. drgawki i bezprzytomność zależały li tylko od saméj erupcyi gruzełków na oponach, coby przemawiało bardzo za zapatrywaniem Henocha, który chorobę tę dzieli pod względem objawów na dwa tylko okresy, tj. pierwszy odpowiadający erupcyi gruzełków a drugi reakcyi opon, tj. wytworzeniu się zapalenia i wysięku.

Ciekawą była jeszcze przy sekcyi i ta okoliczność, iż po tak krótkim czasie, jaki upłynął od stwierdzenia białka w moczu a składników morfologicznych krwi i wałeczków w osadzie odpowiadających zapaleniu nerek aż do śmierci, znalezliśmy nerki prawidłowe.

22. Józef Domaszno, lat 4, przyjęty 28 lutego 1881. Dość dobrze odżywiony, na skórze wysypka odrowa, błona śluzowa spojówek, nosa i podniebienia nieżytem ostrym dotknięta, w obu płucach liczne furczenia, odgłos wypukowy ponad prawym szczytem płuca krótszy, oddech nieoznaczony. Kaszel częsty. Gruczoły karkowe powiększone, przerosłe. Brzuch wzdęty, śledziona obrzękła, macalna, mierne rozwolnienie. Ciepłota wieczorna 36·7.

Do 7 marca stan bardzo dobry, bezgorączkowy, wysypka odrowa zbladła, kaszel się zmniejszył.

7/III c. r. 39·0. Prócz świeżego zaczerwienienia i znacznego obrzęku migdałów nic wykazać nie było można.

8/III c. r. 39·1, w. 39·4.

9/III c. r. 38·4, w. 39·0. W pasze lewéj odgłos wypukowy krótszy, podczas głębokiego wdechu trzeszczenia i szmer trący opłucnowy.

W dniach następnych coraz wybitniejsze objawy zapalenia dolnego płatu płuca lewego i opłucny z następowym wysiękiem opłucnowym. Ciepłota pomiędzy 38·5 a 39·1·

16/III opadła ciepłota do 37·2, lecz już w dniu następnym podniosła się na nowo do 39·0. Odgłos wypukowy po stronie lewéj z tyłu i w pasze coraz więcej tępiał, szmerów oddechowych w miejscu tem słychać nie było, poruszalność klatki piersiowéj mniejsza. Stan ogólny był jednak dość zadowalającym, nie było wysokich eksacerbacyj ciepłoty wieczorem, ani dreszczów, nie było więc podstaw dla przypuszczenia wysięku opłucnego ropnego. Chłopiec był dość swobodny, przytomny, apetyt miał niezły. Ciepłota od 22 marca zaczęła się obniżać od 38·9 na 38·0, równocześnie wystąpiło rozwolnienie, które utrzymywało się do śmierci.

26/III c. r. 38·3, stolców 4. Chory niema zwyczajnego humoru, ruchy oddechowe przyspieszone, duszność, sinica twarzy, c. w. 38·6.

27/III. Sinica i duszność wzmagają się, oddech płytki, częsty, bardzo nieregularny, tętno słabe, niezliczalne, poty. Około południa umarł.

Sekcyja wykonana 28 marca wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium et mesaraicarum caseosa. Tuberculosis universalis (Tubercula caseosa cerebri, commissurae magnae, tuberculosis pulmonis utriusque et pleurae). Exsudat. pleuritivum sinistrum sero-fibrinosum, compressio pulmonis sinistri. Tuberculosis hepatis, lienis et renum.*

Wewnętrzna powierzchnia lewéj strony wyrostka sierpowatego okazuje kilka żółtawych serowatych gruźliczych guzków, usadowieniem swem odpowiadających zmianom półkuli lewéj. Opona twarda prawidłowa. Opony miękkie przekrwione, miejscami ćmawa. Na wewnętrznéj powierzchni *fissurae maximae* w pobliżu wolnego brzegu górnego półkuli lewéj w połowie jéj długości znachodzi się szaro-żółty serowaty, guzkowaty, płaski naciek, złożony z wysepek drobniejszych, obejmujących oponę wraz z korą mózgową. Za nacięciem widać, iż guzki serowate obejmują jako ostro odgraniczone nacieki tylko korę. Nie mniéj i spoidło wielkie w samym środku okazuje kilka serowatych guzków. Pozostałe części mózgu blade, miękkie.

Podczas obserwacyi szpitalnéj żadnych objawów mózgowych nie spostrzegaliśmy. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Terapija.

Boettiger (Halla): **Trional jako środek nasenny.**

Doświadczenia z tym środkiem wykonywał autor na chorych z kliniki psychiatrycznéj prof. Hitziga w Hali. Trional, należący do téj saméj grupy co sulfonal i tetronal, jest ciałem krystalicznem, smaku gorzkawego, rozpuszczającem się w 320 częściach wody zimnéj, a w znacznéj ilości i z łatwością w eterze i alkoholu. Dawka przeciętna wynosiła 2 gr., a największa dawka dzienna 6 gr. Środek podawano w wodzie, mleku, rosole lub herbacie.

W przypadkach zwykléj bezsenności u nerwowych i histeryczek 1 gr. trionalu sprowadzał głęboki sen w $^1/_2$ do $^3/_4$ godziny po zażyciu, który zazwyczaj trwał 6—7 godzin. Tętno, oddech i czynności narządów trawiennych nie przedstawiały żadnych zboczeń.

W przypadkach bezsenności, wywołanéj przez bóle przeważnie u tabetyków, trional nie działał zadowalająco albowiem po zażyciu trionalu bóle nie ustępowały, a chorzy najczęściéj leżeli w półśnie. Wbrew twierdzeniu Schifera sprowadzał środek ten w dawce 2 grm. u morfio-kokainistów w okresie głodowym głęboki sen.

U obłąkanych z niepokojem (*motorische Unruhe*) trional zazwyczaj bywał skuteczny, a tylko w 2 przypadkach zawiódł. U alkoholików a szczególniéj podczas *delirium tremens* był zupełnie bezskuteczny, nawet po jednorazowéj dawce 4 grm.

U dotkniętych szałem i furyjatów w dawkach podzielonych (*in dosi refracta*) działał niejednostajnie. W przypadkach podrażnienia nerwowego u obłąkanych w dawkach podzielonych rzadko zawodził. Trional podawano także w lewatywach w dawkach 2-gramowych, a sposób podawania nie wpływał na skuteczność.

Podając podczas stosowania trionalu próbne śniadanie Ewalda, badano wpływ środka na wydzielanie się wolnego kwasu solnego, przyczem nie zauważono najmniejszych zmian w wydzielaniu HCl. (*Berl. kl. Wschrft.* Nr. 42, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgija.

Körte: **Doświadczenia o chirurgicznem leczeniu ogólnego ropnego zapalenia otrzewny.**

Autor operował 21 przypadków z powodu zapalenia ogólnego ropnego otrzewny. Nie liczy tutaj wcale przypadków zapalenia wskutek niedrożności jelit, dalej zapalenia gruźliczego powstałego po zropiałym bąblowcu wątroby, bo tu powyższe choroby wysuwają się na pierwszy plan, w jego przypadkach zapalenie powstało wskutek przebicia ścian narządów brzusznych, a w dwóch przypadkach po odprowadzeniu przepukliny z całem zupełnie, nie przebitem jelitem. Radzi operacyję robić nawet u bardzo osłabionych chorych, albowiem w jego przypadkach wyzdrowienie następowało nawet czasem tam, gdzie się sam nie spodziewał. Jeżeli chory był osłabiony, to narkotyzował tylko do cięcia brzusznego i to eterem. Z powyższych 21 przypadków wyleczonych zostało 7.

Operacyja nie przedstawia żadnych widoków tam, gdzie ogólne objawy przeważają nad miejscowemi, wysięku bardzo mało, zrostów żadnych, jednem słowem wobec t. zw. *sepsis peritonealis.* Im więcéj zrostów się tworzy, tem lepiéj, bo się zapalenie częściowo przez nie ogranicza.

Co się tyczy przyczyny zapalenia, to w powyższych przypadkach pochodziło ono 9 razy z przebicia wyrostka robaczkowego (4 wyzdrowiało 5 umarło), 2 razy z przebicia jelita po durze (oba umarły, jeden jednak dopiero w 15 dni z powodu wycieńczenia), z wrzodu żołądka (umarł), 2 razy z przebicia jelita raz wywołanego przez pestki, drugi po odprowadzaniu uwięźniętéj przepukliny (oba umarły), 3 razy z przebicia innych narządów brzusznych jak wątroby, nerki, (wszystkie umarły) przebicie sprowadziły 2 razy kule rewolwerowe, raz przejechanie. Naturalnie autor przytacza tu tylko te przypadki, które operował po wystąpieniu zapalenia. Dwa razy wystąpiło zapalenie otrzewny po odprowadzeniu przepukliny uwięźniętéj, choć jelito było, jak się przy operacyi pokazało, nienaruszone, widocznie więc i przez ściany jelita mogą bakterye przejść.

Ponieważ zrosty są bardzo korzystne, przeto ostrzega przed podawaniem przed operacyją środków przeczyszczających, a radzi opium. Samą operacyję wykonywa w ten sposób, że po otwarciu jamy brzusznéj przepłukuje ją $^1/_2$ % lysolem, następnie zaszywa częściowo zostawiając sączek i gazę jodoformową. Co się tyczy zeszycia przebitego miejsca, to radzi to zrobić tylko wtenczas, gdy je można łatwo znaleść, bardzo zaś nie szukać, żeby nie rozrywać zrostów, gdyż to uważa za niebezpieczniejsze, niż pozostawienie otworu. (*Archiv für Klinische Chirurgie*, tom 44, zeszyt 3).

Dr. Rościszewski.

Choroby skórne i kiłowe.

Schmidt (Lipsk): *Osteoarthropathia hypertrophica* **i kiła.**

Znaną jest rzeczą, że w przebiegu niektórych chorób płucnych i sercowych wytwarza się pałeczkowate zgrubienie końców palców rąk i nóg. Bamberger, który widział takie zgrubienie u emfizematyków na końcach kości podudzia lub przedramienia, uważał je za *periostitis ossificans*, wywołaną częściami rozpadowemi napływającemi z płuc. Marie opisuje pałeczkowate zgrubienie końcowych falang i na innych kościach pod nazwą: *Osteoarthropathie hypertrophiant pneumique.* Równie jak Bamberger, przypisuje toksynom, wytwarzającym się w płucach, wpływ na rozrost kości. Że nie tylko choroby płucne ale i kiła może być podstawą tego cierpienia, udowadnia autor przytoczeniem przypadku z polikliniki lipskiéj i przypadku Smirnowa. Kobieta w sile wieku o płucach i sercu zupełnie zdrowem, a podejrzana o kiłę przedstawiała wybitny obraz omawianych zmian na końcach palców. Podawanie jodku potasu usunęło wkrótce te zmiany. Smirnow opisuje przypadek wyraźnych zmian kiłowych w gardle wraz z pałeczkowem rozdęciem końców falang. Leczenie przeciwkiłowe te zmiany usuwało. (*Münch. med. W.* Nr. 36, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Lwow (Kazań): **Słoniowacizna sutków.**

Słoniowacizna sutków należy do wielkich rzadkości; w znanéj monografii Billrotha o chorobach sutków niema nawet wzmianki o tem cierpieniu, a z literatury znanym jest tylko jeden przypadek opisany przez Rousseaux w *Gazette médicale de Paris* 1857 r.

Autor opisuje przypadek słoniowacizny sutków u młodéj 21-letniéj włościanki. Pierwsze widoczne objawy powiększania się prawego sutka ze stwardnieniem i zgrubieniem skóry połączonego zauważyła w końcu ciąży, przedtem była zupełnie zdrową. Wkrótce potem zaczął się powoli powiększać i lewy sutek; po porodzie jednak powiększanie się obu sutków postępowało bardzo szybko tak, że doszły do kolosalnych rozmiarów. Pokarm się nie wydzielał. Skóra w okolicy brodawki zgrubiała i twarda, przewody gruczołów łojowych widocznie rozszerzone, same zrazy gruczołowe nie powiększone, nie bolesne, między niemi wyczuć można zgrubienie i stwardnienie tkanki łącznéj podskórnéj i międzyzrazikowéj. Rozpoznanie wahało się między włókniakiem, przerostem i słoniowacizną. Włókniaki rosną powoli, bez bólów, powiększają się pod wpływem częstych ciąży, po ustąpieniu których zazwyczaj następuje zwolnienie lub wstrzymanie dalszego wzrostu, prawie nigdy nie występują w postaci rozlanéj, lecz zazwyczaj jako oddzielne guzy ruchome. Rozlany przerost sutków występuje przeważnie w pierwszych początkach rozwoju płciowego, wytwarza się szybko w przeciągu 2—4 miesięcy, po pierwszéj ciąży ulegają sutki miernemu powiększeniu, poczem wzrost dalszy ustaje, wydzielanie pokarmu odbywa się mniéj lub więcéj prawidłowo. Przerost taki według Billrotha występuje albo w postaci tz. „fałszywego przerostu“ przypominającego rozlany włókniak, gdzie przeważnie ulega przerostowi tkanka łączna a mniéj gruczołowa, lub jako tz. „prawdziwy przerost“ (*Adenoma Billrotha*), gdzie przedewszystkiem rozrasta się tkanka gruczołowa, a towarzyszy temu odpowiedni przerost tkanki łącznéj.

W przypadku autora jednak nie było powiększenia tkanki gruczołowéj, przeciwnie nawet pomniejszenie, nadto szybki wzrost po porodzie i brak wydzielania pokarmu zwróciły uwagę autora na rozpoznanie słoniowacizny. Po amputacyi obu sutków, z których prawy ważył 1590 gr., lewy 1280 gr., badanie mikroskopowe stwierdziło trafność rozpoznania. (*Wracz*, Nr. 37). *Dr. B. Kozłowski.*

Medycyna sądowa.

Doc. Oppenheim: **Nerwice urazowe** (*Die traumatischen Neurosen*, Berlin 1892, str. 253).

Obszerna monografija niniejsza przedstawia w jasnem świetle stan dzisiejszéj nauki o t. zw. nerwicach urazowych. Autor zaznajamia na wstępie czytelnika z bogatą literaturą, odnoszącą się do rozjaśnienia zagadkowych zjawisk nerwowych, występujących u ludzi, którzy nagle zaskoczeni zostali urazem. Następnie podaje ściśle historyje przebiegu nerwic urazowych w 42-ch przypadkach, jakie od roku 1883 do 1891 w klinice chorób nerwowych w szpitalu Charité spostrzegano. Po szczegóły pojedynczych tych przypadków należy odesłać ciekawych do oryginału. Tu na tem miejscu wypada podać krótki obraz przyczyn, początku, przebiegu nerwic urazowych wedle przedstawionej obszernie i wyczerpująco przez autora symptomatologii, jak również streścić zwięźle uwagi sądowo-lekarskie, przez autora nad tematem tak ważnym poczynione.

Jednę z najczęstszych przyczyn wywołujących zboczenie to układu nerwowego stanowią przypadki kolejowe; z tego też powodu Erichsen nadał zboczeniom tym nazwę Railway-spine (rdzeń kolejowy), dziś słuszniéj na Railway-brain (mózg kolejowy) zamienioną. W przypadkach zderzeń pociągów kolejowych, wykolejeń itd., doznają ludzie gwałtownego wstrząśnienia ciała, naprężenia całego systemu więzadłowego kręgosłupa. W miarę postępu przekonano się, że również i w przypadkach innych, np. w fabrykach, budowlach itd. upadek z pewnéj wysokości, podrzucenie przez pasy koła rozpędnego itd. mogą stać się przyczyną nerwicy urazowéj.

We wszystkich tych przypadkach uraz nie działał na pewną część ustroju i to w sposób taki, iżby zadał cięższe i anatomicznie stwierdzić się dające uszkodzenie, lecz przeważnie wywołał silne wstrząśnienie ustroju bez uszkodzeń znaczniejszych. Bardzo często samo wstrząśnienie psychiczne mające miejsce u ludzi dotkniętych przypadkiem, wystarcza do wywołania nerwicy, a dokładnie możność tę ilustruje przypadek autora: członek straży pożarnéj wszedłszy do mieszkania objętego płomieniem, widzi się bez wyjścia i ratunku — mimo to zostaje ocalony, lecz przerażenie jakiego doznał, sądząc się być zgubionym, wywołuje u niego nerwicę.

Szkoła Charcota twierdzi, że urazy jako takie stanowią tylko nagodną przyczynę nerwic; aby takowa pod wpływem urazu u pewnéj jednostki wystąpiła, musi być ona dziedzicznie nerwowo już usposobioną. Oppenheim jednak na zasadzie swéj dokładnéj a obfitéj kazuistyki wykazuje, iż uraz już sam jako taki jest momentem właściwie wywołującym nerwicę, a nie żadnym „*agent provocateur*“, gdyż najczęściéj spotykał nerwicę u ludzi przedtem zupełnie zdrowych, nie obciążonych dziedzicznie. Z drugiéj jednak strony przyznaje, że indywiduum neuropatyczne tem łacniéj chorobie ulegnie. Momentami usposabiającemi do ulegnięcia nerwicom są natomiast opilstwo i przewłoczne zatrucia ołowiem lub rtęcią.

Sam obraz choroby jest tak różnorodnym, tak w objawy obfitym, iż z trudnością przychodzi go ująć w jednolitą formę. — Bezpośredniem następstwem nieszczęśliwego przypadku może być kilkugodzinny lub kilkudniowy wstrząs, cechujący się jużto zupełną utratą przytomności, już też zamroczeniem i pomięszaniem. Stosunkowo rzadkiemi są przypadki, w których uraz bezpośrednio za sobą pociąga psychozę w formie halucynatorycznego pomięszania (*hallucinatorische Verwirrtheit*). Dość często wydarza się, iż osoba po doznanym urazie zupełnie zdaje się być zdrową, aż dopiero po upływie kilku dni wśród mało znaczących objawów na zdrowiu zapada. Zdarzają się wreszcie i takie przypadki, w których przez ciąg tygodni a nawet miesięcy uwaga tak osoby, która urazowi uległa, jak i otaczających ją lekarzy, na żaden poszlak nie zostaje zwróconą.

Pierwsze objawy są wyłącznie podmiotowe; chory odczuwa nieokreślony ból zwykle w tej części, która urazowi podpadła; w przypadkach wstrząśnień na kolei powstałych ból ten mieści się przeważnie wzdłuż kręgosłupa i w głowie. Ból ten zwiększa się przy ruchu, ztąd też chory częścią tą niechętnie porusza lub nawet odpowiednio ją ustala: — Zwolna występuje u chorych niepokój, drażliwość i lękliwość. Lękliwość ta odnosi się zwykle do okoliczności przypominających chwilę doznania urazu, np. przez Rieglera tak nazwana siderodromofobia, jest to lęk, któremu ulegają już na odgłos świstu lokomotywy chorzy zawdzięczający nerwicę urazową jakiejkolwiek katastrofie kolejnej. Z uczuciem lęku łączy się zwykle uczucie niezaradności, chory nie wie o co właściwie mu się rozchodzi, uczucie niepewności i zwątpienia, a wreszcie zdarza się w wyjątkowych przypadkach wystąpienie myśli przymusowych.

Chory staje się drażliwym, skłonnym do przygnębiających wzruszeń, do płaczu, jednem słowem doznaje zamroczenia hypochondryczno-melancholicznego.

Intelligencyja może być albo tylko nieznacznie upośledzoną lub też podupada zwolna aż do ostatecznych granic zupełnej tępoty i niedołęztwa; czasem cierpi ona przez występujące równoważniki padaczkowe lub obłąkanie epileptyczne (Westphal). Również częstemi przypadami są zawroty, napadowe omdlenia, drżenia i drgawki, już to jako *tic convulsif*, już też jako padaczka odruchowa lub pląsawica. Zwykle chorzy skarżą się na bezsenność lub tak zwaną półsenność; sen ich zwykle bywa niespokojnym. Ból, jakiego chory doznaje w krzyżach, przebiega czasem w formie pasa. — Parestezyje stanowią zwykle prawie pierwsze ogniwo długiego łańcucha objawów i schorzały umysł chorego tłómaczy sobie ich genezę najopaczniej. Parestezyje te występują także w zakresie zmysłów, jako ćmienie się przed oczami, barwne widzenie, szum w uszach itd. Przeczulicę spotyka się wzdłuż kręgosłupa przy ucisku na wyrostki kolczaste kręgów.

Znieczulenie występuje w dwojakiej postaci, tj. albo jako zupełna anestezyja lub jako hyperestezyja. Anestezyja zaś może być połowicza albo obustronna lub do części pewnych powierzchni ciała ograniczoną. Przy badaniu wzroku wykrywa się prawie stale ścieśnienie pola widzenia, które przez lata całe ani się zmniejsza ani powiększa; często łączy się ono z upośledzeniem poczucia barw, mianowicie takiem, iż granica poczucia barwy czerwonej wkracza w obręb poczucia barwy niebieskiej.

Anestezyja głowy zdarza się w dwóch typach, tj. w formie czepka, gdy zajmuje skórę głowy i czoła i tu ostrą granicą się kończy, lub w formie głowy lalek (*Puppenkopfform*) gdy zajmuje głowę, szyję i górną część klatki piersiowej; na nogach występuje często anestezyja w formie galonów. W ten sposób umiejscowioną anestezyję spotyka się tylko w przypadkach histeryi (Charcot), również wobec gliomatów i syryngomyelii. Odruchy skórne zachowują się różnie, zwykle są upośledzone, jak również i odruch oczny, który w wyjątkowych przypadkach może zupełnie nie istnieć; czasem spotyka się z objawem stężenia odruchowego źrenic, tj. objawem Argill Robertsona.

W sferze ruchowej napotyka się porażenia lub niedowłady połowicze, obustronne lub tylko do jednej kończyny się odnoszące. Stosunkowo najwybitniej zwykło występować porażenie w kończynie pierwotnie urazem dotkniętej; przy porażeniach połowiczych nerw twarzowy i językowy bywają zwykle wolnemi od porażenia. Stężenia mięśni napotyka się w okolicy karku, kręgosłupa, zwłaszcza zaś lędźwi, ztąd chory taki kręgosłupem nie porusza przy siadaniu lub wstawaniu; jeżli obok stężeń istnieje porażenie jednej nogi, chód jego staje się charakterystycznym przez pociąganie nogi po ziemi i przez sztywne utrzymywanie kręgosłupa ku przodowi podanego. Chód bywa czasem niezbornym, czasem znów chwiejnym, zataczającym się tak, jak gdyby móżdżek uległ pewnym zmianom chorobowym. Również można czasem stwierdzić objaw Romberga. W rękach zdarzają się kontraktury, cechujące się ustaleniem ręki w położeniu, jakie ręka zajmuje przy pisaniu, a więc podobne jak przy porażeniu ruchliwem (*paral. agitans*) lub tężyczce. *Dr. Wachholz.*

(Dokończenie nastąpi).

Notatki lecznicze.

Przeciw wymiotom ciężarnych stosuje Dr. Fedorow, gynekolog z Charkowa, z doskonałym wynikiem *extr. fluid. hydrastis canadensis*, w dawce po 20 kropli 4 razy dziennie. Środek ten uśmierza wymioty, obniżając parcie krwi i łagodząc wygórowaną pobudliwość ośrodków naczynio-ruchowych przewodu pokarmowego. (*Gazette de gynecol.* 144).

Schmidt-Beerfelden poleca najlepszy przepis pigułek kreozotowych w następujący sposób:

Rp. *Creosoti* 20,00
Glycerini 4,00
Succi Liquir. pulv. 25,00
Rad. Liquir.
Rad. Altheae āā 12,5
Gelatin. glycer. q. s. uf. pil. Nr. 200.
Consp. pulv. Rhiz. Iridis.

Gwajakol najlepiej zapisywać:

Rp. *Guajacol.* 2,00
Spiriti V. 20,00
Tinct. Gentian. 10,00
Extr. Coffeae concentr. 20,00
Aqu. dest. 200,00
MS. 2—5 łyżek dziennie.

(*Therap. Monatsh.* Nr. 8, 1892).

Przeciwko róży stosuje Cavazzani z najlepszym skutkiem pędzlowanie skóry zajętej, za pomocą:

Rp. *Tannini*
Camphorae āā 2,00
Aether. sulf. 15,00
S. Co 3—4 godzin pędzlować.

W 100 przypadkach uzyskał C. w 2—3 dniach całkowite uleczenie. (*Ther. Monatsh.* Nr. 8, 1892.)

Dr. Wachholz.

W sprawie cholery tegorocznej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47.)

Neumann (Berlin): **Infuzyja podskórna w cholerze.**

Infuzyja wskazaną jest w chwili, w której skutkiem ciągłych wymiotów i wypróżnień skóra utraca elastyczność, co jest oznaką braku wilgoci w ustroju. W tym okresie kilkakrotnie użyta, często ocala chorego od śmierci. Pierwszym warunkiem jest, aby wprowadzono pod skórę znaczne ilości roztworu soli (u dzieci 300 gr. u dorosłych 1.500). Skoro tylko tętno słabnie, należy ją wykonać po raz drugi i trzeci. Płyn infuzyjny zawierać powinien 0·60% soli kuchennej a można także, jak to Cantani czynił, dodać 1% alkoholu czystego. Ciepłota płynu powinna wynosić 42° C. Jako instrumentarium służyć ma irygator opatrzony wężem i trójgrańcem. Strzykawki nie są odpowiednie, a użycie ich może być nawet niebezpieczne. Do użytku szpitalnego na

dają się najlepiéj duże gąsiory szklane, które wstawia się do kotła, a płyn ogrzany wprowadza się wprost pod skórę bez przelewania sposobem lewarowym. W tym celu szyjka gąsiora powinna być szczelnie zatkaną korkiem kauczukowym. Przez korek przechodzą 2 rurki szklane, jedna krótka pod ostrym kątem ku dołowi zagięta i druga długa aż do dna naczynia sięgająca. Do końca téj rurki przymocowany jest wąż opatrzony trójgrańcem o świetle $1\frac{1}{2}$ milimetra. Za pomocą mieszka balonowego lub przez pochylenie całego naczynia wpycha się płyn do węża, przez który jednostajnie przepływa. W praktyce prywatnéj najlepiéj jest wlać przekroploną wodę ogrzaną, do któréj się dodaje odpowiednią ilość soli, do dużego naczynia, np. samowaru. Ten zawiesza się lub ustawia wysoko a za pomocą lewarka, do którego przymocowaną jest rura gutaperkowa w połączeniu z kaniulą, przeprowadza się transfuzyję. Kaniula trójgrańca powinna leżeć równolegle do powierzchni skóry, nieco więcéj ku powierzchni jéj końcem zwrócona. Podczas transfuzyi powoli się ją wysuwa, aby płyn rozdzielić na większy obszar skóry. Mięsieniem przyspiesza się resorbcyję, a po wyjęciu kaniuli powinno się rankę przykryć przylepcem. — Nierzadko się zdarza, że w miejscu nakłucia powstaje ropień, jednakże wobec zbawiennego działania transfuzyi powikłanie to nie wchodzi w rachubę. (*D. m. Wschrft.* Nr. 35, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Rosenbach (Wroclaw): **Prątek przecinkowy, nauka lekarska i stan lekarski.** (*Der Kommabacillus, die medicinische Wissenschaft und der aerztliche Stand).*

Pod powyższym tytułem ogłosił Rosenbach w Nrze 43 *Münchener med. Wschrft.* artykuł, w którym zwraca uwagę na szkodę, jaką ponosi stan lekarski pod wpływem obecnie dominującego kierunku w rozpoznawaniu cholery i chorób zakaźnych wogóle. Przedewszystkiem stara się autor artykułu wykazać, że dotychczasowy przebieg epidemii w Europie, a szczególnie w Niemczech, przemawia przeciwko przyjętym powszechnie zapatrywaniom co do zaraźliwości cholery i co do znaczenia prątków przecinkowych w etyjologii téj choroby. Prątki choleryczne nie są zdaniem R. wywoływaczami choroby, właściwą istotą cholery jest niedomoga w czynności jelit (*Functionsinsufficienz*), która sprzyja rozwojowi nietylko prątków cholerycznych ale i innych pasorzytów jelita. Zdaje się jednak, że w niektórych przypadkach prątki przecinkowe łatwiéj dają się hodować na sztucznych pożywkach niż inne mikroby. Ze względu więc na to, że obecność prątków przecinkowych w dejekcyjach chorych cholerycznych należy uważać za jeden z objawów towarzyszących cholerze, jest rzeczą zupełnie dowolną i niesluszną przypisywanie jednemu takiemu objawowi patognomicznemu znaczenia rozstrzygającego o rozpoznaniu i rokowaniu. Albowiem przypadki cholery, w których znaleziono prątki, w zasadzie nie różniły się wcale od tych, w których prątków nie było, ani co do obrazu chorobowego, ani też co do zejścia. Okoliczność, że w niektórych przypadkach można wyhodować prątki z treści jelitowéj, nie jest wcale dowodem ciężkości i zaraźliwości tych przypadków, skoro i inne, w których prątków niema, równie niepomyślnie i wśród tych samych objawów przebiegają. Skoro ciężkość choroby nie stoi wcale w stosunku prostym do ilości znalezionych prątków przecinkowych, jakżeż można, pyta Rosenbach, prątki te uważać za główną przyczynę choroby?

R. przychodzi do wniosku, że ani teoryja o prątku przecinkowym, ani teoryja o wodzie gruntowéj nie tłomaczą dostatecznie epidemicznego występowania cholery — i wyraża przekonanie, że przyczyny cholery i niektórych innych chorób infekcyjnych (np. duru brzusznego) nie należy szukać w jakimś zarazku lecz w pewnych czynnikach, które w wysokim stopniu pobudzają przewód pokarmowy do czynności tak, że słabsze osobniki tym zwiększonym wymaganiom ulegają. W ten sposób za zbyteczne uważa autor wszelkie środki ochronne przed zakażeniem, którego możność nie istnieje.

Przechodząc następnie do omówienia wpływu, jaki wywarła nauka o chorobach infekcyjnych na położenie społeczne lekarzy praktykujących, ubolewa autor nad tem, że punkt ciężkości działalności lekarskiéj przeniesiony został do pracowni bakteryjologicznéj. W miarę jak z postępem nauk lekarskich coraz więcéj wynaleziono metod i sposobów badania ścisłego i dokładnego, tem więcéj zapomina się o przedmiocie, dla którego właściwie badań tych dokonywa, t. j. o chorym człowieku, a sztuczne i ładne rozpoznanie uważa się za cel ostateczny. Ze względu na to, że rozpoznanie bakteryjologiczne odbywa się poza łóżkiem chorego, przeto czynność lekarza przy chorym redukuje się do zera — jak to doświadczyć można było podczas ery tuberkuliny Kocha. Jakież wyobrażenie może laik mieć o stanowisku lekarza i wartości badania jego, jeżeli potrzeba 3—4 dni, zanim z laboratoryjum wyjdzie rozstrzygnięcie pytania, czy chory umarł z powodu cholery azyjatyckiéj, czy „tylko“ ze swojskiéj. — Z wielką goryczą wypowiada Rosenbach, jakoby proroctwo, ze wobec dążności do uznawania coraz większéj liczby chorób jako infekcyjnych, dyjagnostyka prawie wszystkich chorób zwolna przejdzie do zakładów rozpoznawczych urządzonych przez państwo, gdzie rozpoznanie będzie się wydawało nie na podstawie badania chorego, lecz jego wydalin i wydzielin, a czynność lekarza, który powinien indywidualizować i uważać chorego za przedmiot swych studyjów, nie zaś chorobę, zupełnie ustanie. Piękne, humanitarne powołanie lekarza, aby być doradcą chorego człowieka, skończy się, albowiem pewność, którą daje doświadczenie w badaniu i leczeniu chorych, ustąpi miejsca niepewności, że teoretyczne rozpoznanie bakteryjologiczne obali wszystkie zdobycze sumiennego spostrzegania. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

I. posiedzenie z dnia 6 lutego 1892 r.

Przewodniczący kol. Feigel. — Członków obecnych 24.

Posiedzenie zagaił przewodniczący krótkiem przemówieniem, poczem wszyscy obecni uczcili pamięć zmarłego kol. Ziembickiego przez powstanie. Kol. Ziembicki syn, kilku słowami podziękował za cześć oddaną ojcu.

1. Kol. Barącz. przedstawił 5 chorych. *a*) Pierwszy był operowany metodą Angera z powodu zrośniętego paznogcia (onychia). Dawny sposób operowania polegający na wycięciu kawałka paznogcia i matrix dawał kol. Barączowi w 30 przypadkach operowanych dobre wyniki, jednak leczenie przeciągało się niekiedy do 5-ciu tygodni. Sposób Angera polega na plastycznem pokryciu ubytku i ma skracać czas trwania leczenia i zapobiegać powrotom choroby. Operacyję wykonywa się w ten sposób: wbija się mały wąski nóż amputacyjny od strony podeszwowej palca ku stronie grzbietnéj przez całą grubość palca i wykrawuje płat boczny w częściach zdrowych. Cięcie prowadzi się następnie ku wew. ku kości i znów wyprowadza się przy kości pod kątem prostym na zewnątrz przez paznogieć; w ten sposób wycina się chora matrix. Płat adaptuje się i przykrywa opatrunkiem antiseptycznym. Sposób ten operowania będzie dokładnie opisany w „Przeglądzie Lekarskim“. *b*) Chora z *sarcoma* policzka znacznych rozmiarów. Wyłuszczenie nowotworu zrośniętego z szczęką górną, połączone z otwarciem *antrum Highmori.* Wyłuszczenie dało się uskutecznić przy pomocy resekcyj *arcus zygomaticus.* Ubytek błony śluzowej plastycznie pokryty metodą Obersta: wykrojenie dwóch płatów wargi i zeszycie. Wynik b. dobry, plastyka błony śluzowéj będzie w stanie zapobiedz mechanicznemu szczękościskowi, wytwarzającemu się zazwyczaj po tak znacznych ubytkach. (Demonstracyja fotografii choréj przed i po operacyi, demonstr. chorej i obrzęku). — *c*) Chory z obrzękiem sakralnym. Rozpoznanie wahało się między *spina bifida* a *tumor sacralis.* Przy operacyi pokazało się, że rozchodzi się prawdopodobnie o *hygroma bursae mucosae.* Wycięty guz demonstrowano, badania drobnowidowego jeszcze nie przeprowadzono. — *d*) Chora z *Carcinoma planum* powieki

górnéj i dolnéj. Operacyja plastyczna sposobem Hasnera zmodyfikowanym. — *e*) 20-tokilkoletni mężczyzna przedstawia typowy obraz choroby Meniera. Nagła, prawie zupełna utrata słuchu i powstanie szumu w prawym uchu wśród snu, zniesienie przewodnictwa kostnego, zawroty głowy, niemożność stania z zamkniętemi oczami. Drożność trąbki Eustachego, brak śluzu w jamie bębenkowéj, błona bębenkowa prawidłowa.

W dyskusyi zabierają głos koll. Wehr, Longchamps i Obtułowicz.

II. Kol. Kicki przedstawia 4 chore operowane na kataraktę, bez wycięcia tęczówki i wykazuje korzyści téj operacyj przed Graefowską.

Kol. Machek mniej różowo zapatruje się na ten sposób operowania. Przyznaje mu korzyści szczególnie kosmetyczne, ale co do statystyki ma pewne wątpliwości, bo w wielu przypadkach trzeba robić tak zwaną „*Nachoperation*“.

Dr. Stahlberger, sekretarz.

II. posiedzenie z dnia 29 lutego 1892.

Przewodniczący kol. Feigel. — Członków obecnych 23.

I. Kol. Edward Sawicki przedstawia chorego, u którego istnieje afazyja i agrafia małego stopnia, a napadami *amentia*. Przyczyną tego stanu według zdania kol. E. Sawickiego jest bardzo mały dopływ krwi tętniczéj do półkuli mózgowéj lewéj — gdyż *carotis sinistra* zarówno jak *radialis sinistra*, jest ledwie macalna, tętno nitkowate, asynchroniczne, gdy przeciwnie, *carotis dextra* i *radialis dextra* są mocno rozszerzone, z tętnem silnem, falą wysoką. Badanie serca i głównych naczyń okazuje rozległe stłumienie w okolicy luku aorty i przedsionka serca, przekraczające linię mostkową, szmer systoliczny nad końcem serca i aortą, drugi ton nad aortą zaostrzony, co przemawia razem z powyższemi zjawiskami na tętnicach obu stron, za tętniakiem prawdopodobnie luku aorty, pochodzenia traumatycznego. Chory bowiem w r. 1888 spadł z konia podczas manewrów, a dwa półki dragonów przejechało przez niego w galopie. Doznał w tenczas złamania piątego żebra lewego w odległości 2 ctm. od mostka, zmiażdżenia skóry pod kolanem prawem i w okolicy pachwinowéj prawéj, poczem nastąpiło owrzodzenie, które do dziś dnia się utrzymuje w okolicy kości łonowéj, co przemawia za jej próchnieniem.

Kol. E. Sawicki nawiązuje teoryę Meynerta, którą poprzednio wyłożył był na posiedzeniu przedostatniem zeszłorocznem, do obecnego przypadku, wykazując jak skurcz (*systole*) tętnic mózgowych odgrywa ważną funkcyę, nietylko jako rozlana w zadumie, ale jako częściowa i zmienna w pomięszaniu umysłu (*amentia*). Ważność teoryi Meynerta dla zrozumienia klinicznego objawów wielopostaciowéj amencyi jest w obecnym stanie klinicznéj psychiatryj nieocenionéj doniosłości, a niniejszy przypadek może być uważany jako wybitny przypadek do jéj uprawnienia w nauce.

W dyskusyi zabierali głos koll. Widmann i Krokiewicz.

II. Kol. Ziembicki przedstawia: *a*) Chorą po uranoplastyce z powodu ubytku w podniebieniu twardem, wywołanego przez kiłę. — *b*) Chorego, u którego wykonywał przed 6 laty resekcyję żeber metodą Estlandera, u którego obecnie żebra prawie zregenerowały. — *c*) Chorego z frakturą rzepki i zeszyciem tejże.

W dyskusyj zabierali głos koll. Schram i Obtułowicz.

III. Kol. Mukowicz przedstawia: *a*) Chorą z dużym kilakiem *m. sternocleidomastoidei*. — *b*) Chorą z *elephantiasis vulvae* olbrzymich rozmiarów.

IV. Kol. Barącz przedstawia chorego z *actinomycosis faciei*, w okolicy gruczołu przyusznego.

V. Kol. Bylicki przedstawia chorą operowaną skutkiem zupełnego pęknięcia międzykrocza metodą Lawson-Taita.

VI. Kol. Feigel przedstawia płód monstrualny z *encephalocele*, *faux lupina*, *atrophia bulbi* obu ócz, *syndactylon*, u którego znalazł rowek przebiegający przez kość boczną, oko prawe, twarz, wargę górną, w którym to rowku mieściła się prawdopodobnie pępowina.

Dr. Stahlberger, sekretarz.

III. posiedzenie z dnia 12 marca 1892.

Przewoduiczący kol. Feigel. — Członków obecnych 23.

I. Kol. E. Sawicki przedstawia: *a*) Chorego, który przed kilku laty spadł z drzewa i doznał obrażenia czaszki, po którém została szeroka blizna w okolicy kości bocznéj lewéj. Chory miewa dnie, w których nic nie jé i w tym czasie można zauważyć dziwną niezborność ruchów. Kiedy mu się każe przejść po pokoju, przechyla się to naprzód, to w tył, to na boki, przyczem balansuje całym tułowiem i wywija rękami, przytem raz robi olbrzymie kroki, drugi raz maleńkie, skacze na jednéj nodze, to przyklęka, zwraca się z wielką trudnością. W dnie, w których je, niezborność mniéj jest wybitna. Kol. Sawicki pojmuje ten przypadek jako korową ataksyję i radzi trepanacyję — *b*) Przedstawia chorą, u któréj wpada w oczy trudność w mówieniu, przyczem szczęka dolna wykonywa najrozmaitsze ruchy i to najwięcéj na boki. Kol. Sawicki uważa to jako *Chorea in regione rami motorii trigemini*, a ponieważ indywiduum jest na wskróś gruźlicze, więc bierze i te zmiany na karb gruźlicy.

W dyskusyi zabierał głos kol. Krokiewicz.

II. W zastępstwie kol. Ziembickiego przedstawia kol. Sobolewski chorego, u którego kol. Ziembicki wykonał wskutek hernii i zgorzeli jelita *anus praeternaturalis*, a późniéj resekcyję jelita. Chory zupełnie wyleczony.

III. Kol. Barącz przedstawił chorego operowanego przed 2 laty z przyczyny rozległéj sprawy promienicowéj szczęki górnéj, wyrostka sutkowego, wyrostka jarzmowego, szczęki dolnéj i szyi po stronie prawéj. Operacyja doszczętna polegała na przecięciu częściowém, wyłuszczeniu części miękkich, resekcyi łuku jarzmowego i częściowéj resekcyi szczęki dolnéj. Chory jest dotąd zupełnie zdrów. Przypadki, w których promienica wychodzi z szczęki górnéj mają zazwyczaj przebieg niekorzystny. Kol. Barącz demonstruje preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

IV. Następnie kol. Kadyj rozpoczął swój wykład „o organizacyi komórki“, który w całości pojawi się w Kosmosie.

Dr. Stahlberger, sekretarz.

IV. posiedzenie z dnia 26 marca 1892.

Przewodniczący kol. Feigel. — Członków obecnych 21.

I. Kol. Ziembicki przedstawia *a*) Chorą, u któréj miano wykonać ezofagotomię z powodu tak znacznéj stenozy, że chora nawet płynnych pokarmów przyjmować nie mogła. Po odpreparowaniu *lege artis* i odkryciu przełyku, dostano się do nowotworu natury rakowéj, który na szerokiéj przestrzeni i okrężnie otaczał *oesophagus*. Wobec tego zaprzestano ezofagotomii, a wykonano gastrostomię. Odżywienie choréj, żywionéj przetoką żołądkową, znacznie się poprawiło i chora stan swój uważa za znośny. — *b*) 2 chorych z polipami *ad basim cranii*, jednego przed, drugiego po operacyj, u drugiego ekstyrpacyja nie była doszczętna z powodu krwotoku zagrażającego życiu i niedostępności pola operacyjnego.

Kol. Schramm radzi w tym przypadku zachwalaną przez Francuzów elekrolizę. Kol. Barącz poleca w jednym przypadku osteoplastyczną resekcyję szczęki górnéj Langenbecka, a w drugim operacyę sposobem Furneaux Jordana.

Na rarzut kol. Schramma, jakoby w 2-gim przypadku metoda Furneaux Jordana się nienadawała, odpowiada kol. Barącz, że wypowiada swe zdanie na podstawie doświadczenia w 3 podobnych przypadkach nabytego.

II. Następnie kol. Kadyi prowadzi dalszy ciąg swego wykładu „o organizacyj komórki“.

Dr. Stahlberger, sekretarz.

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Hammer: Własności desinfekcyjne kresolów.

Ze wszystkich organicznych związków węgla kresole należą, jak wykazały badania Fraenkla w Berlinie, do środków najprędzéj niszczących zarazki chorobotwórcze. Że jednak nie weszły w użycie i nie zajęły należnego sobie miejsca między środkami odwaniającemi, przyczyniła się do tego zu-

pełna ich nierozpuszczalność we wodzie. Dopiero w ostatnich czasach udało się fabryce chemicznéj Dra F. Heydena w Radebeul pod Dreznem, wyzyskać kresole, odpadające przy fabrykacyi kwasu karbolowego, a uważane dotychczas prawie za bezużyteczne, rozpuścić i wytworzyć dwa nowe środki przeciwgnilne: solutol i solveol, które przewyższając co do siły kwas karbolowy, a będąc bez porównania tańszemi, zasługują wielce na uwzględnienie, zwłaszcza wobec panującéj cholery.

Kresol rozpuszcza się w ługu sodowym a w powstałym w ten sposób kresolku sodu można znowu daléj rozpuszczać kresol w nadmiarze. Otrzymana ciecz, nazwana solutołem, rozpuszcza się w dowolnéj ilości wody i posiada wyższe własności odwaniające od wszystkich dotąd znanych przetworów, jak to w pracowni prof. Hueppego w Pradze autor wykazał. Roztwór 0·5% zabija w przeciągu 5 minut wszystkie hodowle na bulionie.

Solutol wyrabia fabryka w 2 postaciach, jako czysty, prawie bez woni i nadający się do desinfekcyi mieszkań i sprzętów i surowy czyli zanieczyszczony domieszkami pirydyny i węgleków wodoru, woni ostréj, służący do desinfekcyi placów, ulic i dołów kloacznych. Obydwa te przetwory są w wodzie rozpuszczalne, łatwiéj w ciepłéj, posiadają większą siłę przeciwgnilną od innych połączeń, działają pewniéj będąc składu chemicznego stałego a rozpuszczając powierzchowne warstwy tłuszczu mogą wtargnąć we wszystkie szpary i należycie odwonić, są znacznie tańsze od innych i nie niszczą sprzętów podlegających desinfekcyi.

Zalecane są: do odwaniania spluwaczek, szczególnie z plwocinami suchotniczemi, nocników w chorobach zakaźnych, jak dur itd., do desinfekcyi mieszkań, zakładów publicznych, kloak, ulic i to w rozczynie 2—4 łyżeczek na ½—1 litra wody lub w ilości 1 klg. na 100 litrów wody do desinfekcyi ulic. (200 klg. solutolu surowego kosztuje 76 marek).

Drugim środkiem odwaniającym jest solweol, tj. stężony roztwór kresolu, rozpuszczony za pomocą krezotynianiu sodowego. Rozpuszcza się także we wodzie, działa silniéj i pewniéj od 5—2% kwasu karbolowego, a będąc mniéj trującym, nadaje się do użytku w chirurgii.

Rozczyn 5% solweolu otrzymuje się rozcieńczając 37 ctm. sz. tego środka wodą do objętości 200 ctm. sz., rozczyn 2% zaś wlewając prędko 37 ctm. sz. płynu do 480 ctm. sz. wody, a 1% łącząc 37 ctm. sz. z 980—1000 ctm. sz. wody. Do celów chirurgicznych sporządza się rozczyn solweolu biorąc 37 ctm. sz. na 2—3 litrów wody. Tym płynem można obmywać ręce i narzędzia, rozcieńczonym zaś 4—5 razy przepłukiwać jamy ustrojowe lub rany większe.

Zalety jego: działa silniéj i pewniéj, gdyż już ½% rozczyn solweolu zastępuje 2—5% rozczyn karbolu, jest mniej trującym od tegoż, tańszym, nie niszczy przyrządów i narzędzi chirurgicznych, jest wolnym od pyridin i węgleków wodu, oddziaływa obojętnie, skład chemiczny ma stały, w rozczynach białkowatych nie traci swéj siły a rozpuszcza się w dowolnéj ilości wody. (*Archiv f. Hygiene* T. XII).

Dr. Piątkowski.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 listopada. N. Pan zezwolił, aby zwyczajny profesor patologii ogólnéj i doświadczalnéj w Uniwersytecie Jagiell., Dr. Albert Adamkiewicz, przeszedł w czasowy stan spoczynku.

Równocześnie JE. p. Minister oświecenia upoważnił Wydział lekarski krakowski do przedłożenia sobie wniosków celem obsadzenia katedry w ten sposób opróżnionéj.

* Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 23/XI odbytem kol. prezes Ponikło powitawszy obecnego na posiedzeniu Dra Jaworowskiego z Kowna, doniósł Tow. o piśmie Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. wyrażającem życzenia „Przeglądu Lekarskiego" się tyczące. Pismo to w głównych zasadach rozpatrzywszy odstąpił Komitet komisyi redakcyjnéj do zbadania i poczynienia wniosków. W miejsce Dra Krówczyńskiego który złożył urząd delegata Tow. lek. krak. do Rady zawiadowczéj Tow. lek. gal., wybrano w myśl §. 65 statutu delegatem do końca roku jednomyślnie Dra Hilarego Schramma. Wybrano jednomyślnie Drów Edwarda Piotrowskiego i Maryjana Piątkowskiego członkami zwyczajnymi, zaś Drów Karola Kleckiego i Antoniego Smiechowskiego członkami korespondentami Towarzystwa. Wybrano Komisyję wyborczą dla zaproponowania kandydatów na urzędy w Towarzystwie na rok 1893, w skład któréj weszli koll.: Cercha, Domański, Gabryszewski, Jakubowski, Kirschner, Kośmiński, Lustgarten, Mączka, Obaliński, Paszkowski, Radecki, Rydel, Śliwiński, Surzycki, Trzebicky i Wilkosz. — Kol. Pieniążek przedstawił 3 chorych z przerostem błony śluzowéj krtani w różnéj odległości od głośni. Zwrócił uwagę na wpływ, jaki ten przerost zależnie od swego umiejscowienia na głos wywierać musi, oraz na przyczynę tego stanu, któréj w ropotoku Störka lub w twardzieli szukać należy, nakoniec podał sposób leczenia. — Kol. Kryński przedstawił chorą, u któréj operowano *osteo-sarcoma frontis*, a ubytek plastycznie zastąpiono metodą Schönborna i Wolffa.

* Temi dniami odbył się w Krakowie pod przewodnictwem p. protomedyka Merunowicza egzamin dla lekarzy celem osiągnięcia posady w służbie zdrowia publicznego. Zgłosiło się tym razem 5 kandydatów, a mianowicie pp. Doktorowie: Teofil Bąkowski, Stanisław Gawlikowski, Józef Gold, Franciszek Huber i Władysław Pohorecki, którzy wszyscy uczynili zadosyć wymogom prawnym.

* W tygodniu 45-ym (od 6—12 listopada) było w Krakowie małżeństw 28, urodzeń 53, skonów 38, z tych ostatnich z gruźlicy 8, z nieżytu żołądka i jelit 6, z dławca i błonicy 3, z ospy 2, z zapalenia płuc 2, z cholery 0.

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Dowiedziawszy się, że p. Kazimierz Baumann, aptekarz w Winnikach, rozsyła cyrkularze z daty Winniki 1 października 1892 donoszące o wyrobie Pain Expelleru z krzyżem, rzekomo według mego przepisu sporządzonego — oświadczam niniejszem, iż z fabrykacyją tą nie mam nic wspólnego, że o takowéj nic nie wiedziałem — w szczególności, że na tychże Pain Expellerach umieszczonych etykiet, rzekomo do Richterowskich podobnych, wcale nie widziałem, że p. aptekarza Baumanna nigdy nie upoważniałem do użycia a tem mniéj do ogłaszania mojéj recepty i że wogóle o całéj téj sprawie dopiero obecnie przypadkowo z cyrkularza p. Baumanna się dowiedziałem. — Protestuję przeto jak najmocniéj przeciw nadużyciu mego nazwiska.

Winniki, 19 listopada 1892.

Dr. Kazimierz Sobolewski,
lekarz c. k. fabryki tytoniu w Winnikach.

* **Zmarli**: w zdrojowisku Elsterze znany balneolog, tajny radzca Dr. Flechsig, licząc lat 75. — W Wiedniu b. dyrektor zakładu położnic i podrzutków, Dr. Karol Friedinger, w 71 roku życia.

przez Dra M. Zieleniewskiego. — *Sztuczne kąpiele.* — *Wskazówki dotyczące dawek środków lekarskich.* — *Rozbiór moczu* przez Dra Opieńskiego. — *Uwagi o świadectwach lekarskich i sądowych oględzinach i sekcyjach zwłok* przez Dra Schaittera. *Kosmetyki.* — *Norma ordynacyjna i dyspenracyjna.* — *Naczelne władze sanitarne.* — *Służba zdrowia w Galicyi.* — *Alfabetyczny spis lekarzy i chirurgów.* — *Przepisy pocztowe i telegraficzne.*

Rocznik ten ozdobiony jest wybornie wykonanym portretem prof. Dra M. Jakubowskiego.

Zamiast notatek oprawianych zwykle razem z częścią naukowo-informacyjną, podzielone są notatki na 4 kwartały (w osobnych książeczkach), które przytwierdzać można kolejno do oprawionego gustownie kalendarzyka.

Cena 1 złr. 60 ct., z przesyłką 1 złr. 70 ct.

Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 3 Grudnia 1892. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Péres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „	40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „	20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z kliniki położniczo ginekologicznéj prof Dra Madurowicza w Krakowie.

O tyłopochyleniu i tyłozgięciu macicy ciężarnéj.

Podał

Dr. M. Cercha,

I-szy asystent tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 48).

Przypadek I szy. Uwięźnięcie macicy ciężarnéj tyłozgiętéj z następowem zupełnem odłuszczeniem błony śluzowéj i mięsnéj pęcherza moczowego. Śmierć z powodu zapalenia otrzewny.

Dnia 24 października z. r. przywieziono do kliniki położniczéj M. J., l. 39 liczącą ze wsi M. Chora osłabiona bardzo podaje, co następuje: Pierwsza regularność w 18 roku życia, zawsze prawidłowa. Zamężna od 9 lat, rodziła 5 razy, porody i połogi były prawidłowe; raz roniła przed 4 laty. Ostatni poród przed 2 laty. Ostatnia regularność przed czterema miesiącami. Przed pięciu tygodniami miała chora podźwignąć ciężką beczkę i wtedy poczuła nagle ból w dolnéj okolicy brzucha, który był początkiem obecnéj choroby. — Od tego czasu miewała trudność w oddawaniu moczu, czasem wcale nie mogła moczu oddawać tak, że lekarz musiał go cewnikiem odpuszczać, co powtórzyło się kilka razy. — Po każdem odprowadzeniu moczu doznawała silnych bólów w dolnéj połowie brzucha i uczucia parcia ku dołowi, stolec był zawsze zaparty i występował tylko po lewatywie lub środku przeczyszczającym. W ostatnim tygodniu dołączyło się do tych zmian silne obrzmienie okolicy sromowéj; chora podała również, że miewa czasem dreszcz i pragnienie.

Badanie przedmiotowe dokonane przez prof. Madurowicza w dniu przyjęcia stwierdziło stan następujący: Osoba woskowo blada, rysy zaostrzone, oczy lśniące zapadnięte, język zupełnie suchy, tętno bardzo szybkie, nikłe, wyżéj 120 uderzeń na minutę, liczba oddechów 38 na minutę, ciepłota 39⁰, kończyny górne i dolne chłodne, zapad. W sutkach czynność zwiększona, brzuch wypukłony, dokoła pępka, wysoko umieszczonego, ślady od przystawionych pijawek, na brzuchu nieliczne blizny poporodowe, powłoki brzuszne chude, przez nie zaznaczają się zarysy wzdętych jelit. Za pomocą obmacania stwierdzić można guz wychodzący z miednicy małéj, kulisty, sięgający do pępka, o ścianach napiętych dosyć grubych; obmacanie guza i dolnéj okolicy brzucha sprawia choréj znaczny ból. Guz jest elastyczny i okazuje wybitne chełbotanie. Odgłos wypukowy nad guzem jest stłumiony, w pachwinach także przytłumiony, nad resztą brzucha wysoko bębenkowy. Cały srom znacznie obrzmiały i zaczerwieniony, cuchnienie znaczne, pochodzące od rozłożonego moczu, na wewnętrznéj powierzchni warg większych i mniejszych złogi wypociny szaréj, dyfterytycznéj, brzegi ujścia cewki moczowéj silnie obrzmiałe, pokryte również wypociną szarą, która zatyka wejście do cewki. Wejście do pochwy bardzo szerokie, zasłonięte wypadniętą tylną ścianą pochwy. Pochwa krótka, ściany jéj pulchne ale suchawe i gorące, część pochwowa wysoko ustawiona, przyparta do spojenia łonowego, skrócona, pulchna, ujście stanowi szparę do któréj koniec palca wchodzi; sklepienie tylne wypukłone przez guz elastyczny, będący dalszym ciągiem części pochwowéj, guz ten więc jest powiększoną macicą. Sklepienie przednie jest szczelinowate, guz w tylnem sklepieniu jest prawie nieruchomy a ucisk wywarty sprawia choréj ból. Palec wyjęty śluzem cuchnącym okryty. Mocz wypuszczony cewnikiem elastycznym, który wykazuje, że cewka jest wyciągnięta za spojenie łonowe, jest zielonawo żółty, mętny, bardzo cuchnący; pod koniec wychodzi gęsta, ciągnąca się, cuchnąca ropa, zatykająca oczka cewnika. Po wypuszczeniu moczu guz wybadany przez powłoki brzuszne znacznie się zmniejszył i sięga teraz do połowy odstępu między spojeniem łonowem a pępkiem, a odpowiada znacznie zgrubiałemu pęcherzowi wskutek przerostu i nacieku zapalnego w ścianach. Macicę można było wybadać jako opór miękawy ze zgrubiałym pęcherzem na kilka ctm. nad spojeniem sięgający, część pochwowa teraz zeszła nieco niżéj.

Rozpoznanie: *Incarceratio uteri gravidi, retroflexi. Retentio urinae Cystitis diphteritica, pericystitis (peritonitis) diphteria vulvae.* Wobec takiego stanu choréj, uwzględniając daléj czas trwania choroby i stopień zboczeń następowych, rokowanie było bardzo wątpliwe, prawie złe.

Przystąpiono teraz do odprowadzenia macicy w sposób, o jakim wyżéj mówiłem. Macica bez znacznych trudności dała się wysunąć z tylnego sklepienia, za czem przemawiało i to, że część pochwowa obniżyła się jeszcze więcéj i dała się wybadać w osi miednicy. Dno macicy miękkie, ale jędrniejące czasem sięgało teraz nieco wyżéj i do połowy odległości między spojeniem łonowem a pępkiem. Po tym

zabiegu chorą ułożono w pozycyi kolankowo łokciowéj, podano lewatywę, środki skrzepiające i ogrzewano kończyny flaszkami gorącemi, wreszcie przez pierwsze trzy dni podawano *laudanum*.

Po dwóch godzinach po lewatywie dwa obfite wypróżnienia, tegoż dnia odprowadzano co cztery godziny mocz, przyczem zauważyłem następujący objaw: Czasem cewnik wchodził bardzo łatwo bez oporu, a mianowicie jeżeli dzióbem skierowano go ku górze i na prawo i odprowadzał mocz wprawdzie cuchnący i mętny, ale rzadki (płynny); to znowu cewnik wchodził z trudnością jakby po fałdach dosyć grubych, twardych, nierównych, szorstkich, niby żwirem posypanych i wtedy nie wyprowadzał moczu, lecz z cewnika wydobywała się kropla gęstéj ropy, a gdy się cewnik wyciągnęło, w otworach była takaż ropa i płatki rozłożonéj tkaniny. Objaw ten łatwo wytłomaczyć sobie mogłem, ale dopiero po sekcyi zwłok, a w jaki sposób, to w końcu nadmienię. Pęcherz przepłukano ostrożnie pierwszego dnia dwa razy letnim 3% kwasem borowym. Wieczorem tegoż dnia stan ogólny zdaje się nieco lepszy: cieplota ciała 37°, tętno 132, bólów niema, chora pije rosół, wino, winną zupę, nie wymiotuje, leży na boku lewym z przybliżonemi mocno do brzucha udami. Przez cztery następne dni stan bezgorączkowy, jednak niestosunek tętna, które zawsze jest wyżéj 120 uderzeń na minutę. Pęcherz dwa razy dziennie przepłukiwano kwasem borowym, — dyjeta płynna, pożywna — *laudanum* wewnętrznie.

Dnia 29/X o godzinie 2 po północy, bez poprzednich bólów, które zdradzałyby skurcze macicy, wystąpiło mierne krwawienie, poczem odpłynęła mierna ilość wód płodowych i urodził się płód 13 ctm. długi, odpowiadający rozwojem płodowi z 3½ miesiąca księżycowego. Po urodzeniu płodu wystąpił znaczniejszy krwotok, co skłoniło mnie do tego, że wszedłem do pochwy dwoma palcami a potem do szyi rozwartéj, z któréj sterczało łożysko prawie już oddzielone a tylko z jamą macicy za pomocą postronka z błon złączone, ruchem kolistym oddzieliłem z wielką łatwością ten postronek, uciskając lekko nad spojeniem i wydobyłem popłód. Krwawienie ustało zupełnie. Pochwę przepłukano kwasem karbolowym 2½%. Polecono lodowe okłady na dolną okolicę brzucha, a wewnętrznie wino.

Dnia 30/X stan znacznie się pogorszył. Cieplota 39·7 po dreszczu silnym, tętno 140 nitkowate, sinica, oddech szybki, kończyny chłodne, niepokój, chora uskarża się na ból ciągle trwający w dolnéj połowie brzucha, bębnica nieznaczna. Mocz odpływa bezwiednie, nie tak cuchnący, odchody połogowe miernie obfite, różowe, nie cuchnące.

31/X. Stan coraz groźniejszy. Bębnica, wymioty żółciowe, bóle bardzo znaczne w całym brzuchu, kończyny zimne. Ciepłota 39·3, tętno 150. Okłady lodowe daléj gorące kamienki na odnogi, szampan mrożony wewnętrznie. Po trzech godzinach ciepłota zaczęła spadać aż do 36·7°, tętno niewymacalne prawie, przepuszczające, sinica, pot lepki, znaczne bóle w brzuchu, — wymioty fusowate, w godzinę śmierć.

Sekcyja wykonana dnia 1/XI w zakładzie anatomii patologicznéj prof. Browicza wykazała: *Pelveoperitonitis purulenta ex cystitide et pericystitide diphteritica. Exfoliatio totius mucosae et muscularis vesicae urinariae, perforationes multiplices vesicae. Vulvitis et vaginitis diphteritica. Pneumonia incipiens pulmonis sinistri lobi inferioris.* Wszystkie te zmiany są naturalnie następstwem uwięźnięcia macicy ciężarnéj tyłozgiętéj.

Przypadek ten jest z kilku względów ciekawy, to też trzeba na niego zwrócić uwagę. Należy on do tych nielicznych a znanych w literaturze przypadków, w których nastąpiło zupełne odluszczenie błony śluzowéj i mięsnéj pęcherza, o których Skinner mówi, że kończą się zawsze niepomyślnie. Tu należy przypadek Schatza (*Archiv f. Gyn.* Bd. I, śmierć), Moldenhauera (*Archiv f. Gyn.* Bd. VI, śmierć), Brandeisa (*Archiv f. Gyn.* Bd. V, wyzdrowienie), Zweifla (*Lehrbuch der Geburtshülfe*, wyzdrowienie), Madurowicza (ogłoszony w *Wiener med. Wschrft.* 1877, Nr. 51 i 52, jakoteż w „Przeglądzie Lek." 1877 str. 581, 593, 605, wyzdrowienie), Mefferta (*Inaugural-Dissertation*, Greifswald 1890 wyzdrowienie), Schwytzera (*Archiv f. Gyn.* Bd. XLI, śmierć). Przy częściowem odluszczeniu śmiertelność wynosi 23·8% (Skinner). Nie można też pominąć milczeniem okoliczności podniesienia beczki ciężkiéj, które było bezpośrednią przyczyną wystąpienia objawów, a to dlatego, że są autorowie, którzy wątpią w możność nagłego wystąpienia uwięźnięcia, gdy inni jako przyczynę podają właśnie podnoszenie ciężkich przedmiotów, skakanie, upadnięcie. I my nie sądzimy, aby w tym przypadku w chwili podniesienia beczki miało nastąpić wszystko, ale przecież sprawę już istniejącą taka nadmierna praca pogorszyć mogła. Daléj trzeba wspomnieć o tem, że choroba trwała długo, jeżeli przez pięć tygodni występowały objawy groźne i że nie starano się o pomoc pewną i skuteczną, lecz zadowalano się odprowadzaniem moczu. Właśnie takie postępowanie, a co za tem idzie, długie trwanie choroby sprowadza w otoczeniu takie zmiany, które kończą się śmiercią dwóch istot; śmierć w tych razach powstaje z powodu zapalenia otrzewny albo wskutek mocznicy, rzadziéj wskutek pęknięcia ścian nadmiernie rozciągniętego pęcherza moczowego, częściéj zato rozwija się ogólne zapalenie otrzewny w następstwie pęknięcia wrzodu zgorzelinowego w pęcherzu tak, jak to się stało właśnie w naszym przypadku, gdzie nastąpiło przebicie w dwóch miejscach, a co było przyczyną szybkiego zejścia niepomyślnego.

Winckel wspomina o dwóch przypadkach pęknięcia pęcherza z powodu zgorzeli częściowéj, stwierdzonych przy sekcyi. Krukenberg zaś w r. 1882 (*Archiv f. Gyn.*) zebrał 11 przypadków pęknięcia pęcherza i stara się wykazać, że ono nie należy przy uwięźnięciu macicy do rzadkości. — Również jak nasz niepomyślnie zakończył się przypadek Schatza (*Archiv f. Gyn.* Bd. I) z powodu tego, że zapóźno pomocy udzielono, jak również z téj saméj przyczyny i przypadek Schwytzera (*Archiv f. Gynaek.* Bd. XLI, H. I. i II.), w przypadku zaś Zweifla (*Lehrbuch der Geburtshülfe* p. 307 do 309) i Madurowicza (*Wien. med. Wschrft.* i „Przegląd Lek.") mimo odluszczenia błony śluzowéj, którą wydobyto przez cewkę, nastąpiło wyzdrowienie. W naszym przypadku i to podnieść należy, że mimo przedziurawienia pęcherza w dwóch miejscach mocz przecież nie dostawał się do jamy brzusznej, albowiem już przedtem potworzyły się zlepy między pęcherzem a jelitami cienkiemi. To rzuca światło na sposób, w jaki powstaje wyleczenie, mimo daleko posuniętych zmian, jak to miało miejsce w dwóch znanych w literaturze a jedynych przypadkach a mianowicie w przypadku Frankenhäusera (*Archiv f. Gyn.* Bd. XII) i przypadku Madurowicza (*Wien. med. Wschrft* 1877 Nr. 51, 52 i „Przegl. Lek." 1877, str. 581, 593 i 605), gdzie uległa zgorzeli nietylko błona śluzowa ale mięsna i część otrzewny okrywającéj pęcherz, wszystko to zostało wydalone na zewnątrz przez cewkę a mimo to chora wyzdrowiała.

Przypadek ten dotyczył ciężarnéj w 19 tygodniu ciąży, u któréj macicę odprowadzono. W 21 dniu po odprowadzeniu odszedł przez cewkę płat zwinięty 5½ ctm. długi, grubości palca wskazującego. Po rozłożeniu powierzchnia wynosiła 208 ctm. □. Obwód otworu wynosił 44 ctm. Na zewnętrznéj stronie widać było dokładnie powierzchnię 6 ctm.

szeroką, a 7 ctm. długą, odpowiadającą zmętniałemu płatowi otrzewny. Preparat znajduje się w muzeum anatomii patologicznéj.

W naszym przypadku dopiero od chwili poronienia wystąpiły groźniejsze przypady, objawy zapalenia otrzewny, które nawet pozwalały domyślać się, że nastąpiło przedziurawienie. Przyczyną tego rozdarcia zlepów mogło być albo nagłe zmniejszenie się macicy i zmiana położenia, a co za tem idzie, zmiana położenia jelit względem macicy, pęcherza i oderwanie zrostów, albo zabiegi przy wydobyciu łożyska, chociaż z powodu bolesności nie wywierano ucisku żadnego nad spojeniem łonowem, albo nareszcie przebicie nastąpić mogło niezależnie od naszych zabiegów i poronienia a li tylko jako skutek niszczącego tkanki działania posoki. Nie rozpoznaliśmy też w naszym przypadku całkowitego złuszczenia błony śluzowéj i mięsnéj pęcherza, lecz tylko zgorzel błony śluzowéj. A czy mogliśmy więcéj rozpoznać? Powiedzmy nie! Dopiero sekcyja to wykazała. Na przyszłość chcę na jednę wyżéj już nadmienioną okoliczność zwrócić uwagę, która mnie uderzyła przy odprowadzaniu moczu cewnikiem, a którą po sekcyi dopiero łatwo mogliśmy sobie wytłomaczyć, tj. że raz mocz po zaprowadzeniu cewnika wypływał obficie, to znowu nie odpływał zupełnie a natomiast w oczkach cewnika była ropa. Okoliczność tę należałoby na przyszłość wyzyskać w celach rozpoznawczych. Przed sekcyją tłomaczyłem sobie to po prostu zatkaniem otworków cewnika ropą zaś po sekcyi w ten sposób, że skoro cewnik wszedł pomiędzy oddzieloną torbę a pęcherz, wtedy mocz odpływał. Należałoby na przyszłość w podobnych zdarzeniach przy odprowadzaniu moczu pomyśleć o oddzieleniu się błony śluzowéj i mięsnéj, która w naszym przypadku jako osobna torba w pęcherzu leżała. Preparat części rodnych wogóle trzew miednicy małéj zachowano w muzeum zakładu anatomii patologicznéj prof. Browicza.

Na koniec jeszcze krótkie historyje choroby przypadków dwóch, z których jeden miał miejsce niedługo po tym, drugi zaś w marcu 1891 r., a które dzięki wczesnéj pomocy bardzo pomyślnie się zakończyły, — a to w celu porównania wyników leczenia, które w obydwóch przypadkach było bardzo podobne.

Przypadek II. Uwięźnięcie macicy ciężarnéj tyłozgiętéj. Zapalenie pęcherza moczowego. Odprowadzenie macicy. Wyzdrowienie.

Dnia 26 stycznia b. r. przywieziono do kliniki H. B. lat 36 liczącą, zamężną z W. Wywiady: Miesiączkowała od 17 roku życia prawidłowo. Zamężna od roku. Roniła raz, nie rodziła. Ostatnia regularność z końcem września 1891 r. Przed dwoma tygodniami miała doznać silnego bolu w dolnéj części brzucha, temu towarzyszyły dreszcze i gorączka. Od tego czasu doznaje trudności w oddawaniu moczu lub wcale oddać go nie może. Od 4 dni brak stolca, nudności, codziennie dreszcz.

Badanie przedmiotowe: Kobieta blada, objawy zapadu, ciepłota 39·2°, tętno 128. Brzuch wypuklony, nad pachwinami ślady po przystawieniu pijawek. Wypuklenie to pochodzi od guza wychodzącego z miednicy a sięgającego na 2 palce powyżéj pępka elastycznego, napiętego, chełboczącego. Odgłos nad wypukleniem stłumiony, zresztą bębenkowy. Mocz cewnikiem elastycznym w ilości 3 litrów odprowadzony, jest mętny, oddziaływania obojętnego, pod koniec przy odprowadzaniu kilka kropli ropy ze śluzem. Po odprowadzeniu pozostał guz wychodzący z miednicy małéj, sięgający 4 palce nad spojeniem łonowem, wychodzący z miednicy małéj a odpowiadający macicy powiększonéj. Przy obmacaniu brzucha, jak również macicy, doznaje chora znacznego bólu. Zewnętrzne części rodne nie przedstawiają żadnych zboczeń oprócz zasinienia, obrzmienia i suchości. Wejście do pochwy miernie szerokie, ciepłota pochwy podwyższona, błona śluzowa pochwy rozpulchniona, pochwa niezbyt długa, ku sklepieniu tylnemu rozszerzająca się, tylne sklepienie mocno wypuklone, przednie bardzo wązkie, wyciągnięte aż nad spojenie łonowe. Cała jama miednicy małéj wypełniona przez guz miękki, gładki, ciastowaty. Posuwając palec za spojeniem łonowem czuć w sklepieniu przedniem szczelinowatem część pochwową na jeden centimetr długą. Ujście drobne tworzy otwór owalny, tylna warga części pochwowéj przechodzi na guz. Badanie przez odbytnicę stwierdza mocne wypuklenie przedniéj jéj ściany. Sutki małe, zrazy gruczołowe nieco wyraźniejsze, za uciskiem wydobywa się kléj. Podczas badania odbijanie i czkawka.

Na podstawie tego badania rozpoznano: *Incarceratio uteri gravidi retroflexi. Cystitis.*

26/I. W głębokiéj narkozie przystąpiono do odprowadzenia macicy, co się w zupełności powiodło. Guz z tylnego sklepienia po odprowadzeniu znikł, część pochwową można było wybadać w osi miednicy dosyć nisko ustawioną, dalszy ciąg macicy można teraz wybadać we wszystkich sklepieniach, najwięcéj jednak w przedniem. Chorą ciężarną ułożono po tym zabiegu, gdy przyszła do siebie, na bok, podano lewatywę w celu wywołania wypróżnienia, poczem podano opium.

28/I. Bóle znacznie się zmniejszyły w dolnéj części brzucha, wymioty powtórzyły się jeszcze dwa razy, co działaniu chloroformu przypisać należy, tętno 104, ciepłota 37°. Wieczorem raz wymioty. Ciepłota 38·8°, tętno 110. Ogólny stan lepszy. Mocz czysty, oddaje sama. Podano opium.

29/I. Rano stan zupełnie dobry. Ciepłota prawidłowa, tętno nieco szybsze do 100 uderzeń na minutę, nawet nudności niema. Wieczorem ciepłota 38·3°, tętno 102. Ogólny stan dobry. Podano odwar lnianego siemienia do popijania.

30/I. Stan choréj zupełnie dobry, bóle się nie powtórzyły, mocz zupełnie czysty, nudności i wymiotów niema, stolec występuje dobrowolnie, stan bezgorączkowy. Badanie przez pochwę wykazuje, że dalszy ciąg macicy jest w sklepieniu przedniem a część pochwowa leży w osi miednicy.

10/II. Chorą zatrzymano w klinice aż do 10 lutego, w którym to dniu jako wyleczona takową opuściła.

Przypadek III. Tyłozgięcie macicy ciężarnéj. Zapalenie pęcherza moczowego. Odprowadzenie. Wyzdrowienie.

K. K., lat 33, zamężna z Ż. przywieziona do kliniki dnia 14 marca 1891 r.

Chora podaje, że miesiączkowała od 17 roku życia prawidłowo. Za mąż wyszła przed 10 miesiącami. Ostatnia regularność prawidłowa była w połowie listopada 1890 r., a zatem przed czterema miesiącami. Od miesiąca doznaje pewnych trudności w oddawaniu moczu, od trzech tygodni zauważyła lekkie opuchnięcie nóg. Od trzech dni zaś nie może oddawać ani moczu ani stolca, przyczem czuje bóle dosyć znaczne w dolnéj połowie brzucha, również miała mieć nudności i wymioty.

Badanie przedmiotowe wykazuje stan następujący: Kobieta wzrostu średniego, blada, odżywienie słabe, ciepłota ciała nieznacznie podwyższona, tętno 110. Około kostek lekkie obrzęki. W sutkach czynność podwyższona, przy ucisku kléj wycisnąć się daje. Brzuch mocno wypuklony, powłoki napięte, bolesne przy dotykaniu. Wypuklenie to pochodzi od guza, rozszerzającego się na boki, bolesnego przy dotykaniu. Guz ma powierzchnię gładką, ściany cienkie, napięte i okazuje objawy wyraźnego chełbotania, sięga ku górze na szerokość dłoni poniżéj wyrostka mieczykowatego, odgłos wypukowy nad guzem stłumiony, nad resztą brzucha bębenkowy. Srom nieco rozwarty, soczysty, wyprzanie w przegubach, przedsionek sinawo-różowy, ujście cewki niewidoczne z powodu wciągnięcia w głąb przedsionka. Cewnik elastyczny założony ostrożnie z trudnością wyprowadził cztery litry moczu wysyconego, w ostatniéj porcyi mętnego, zawierającego ślad białka dobrze spostrzegalny. Po odprowadzeniu moczu wypuklenie brzucha znacznie się zmniejszyło, po-

zostało tylko pod pępkiem i na prawo. Wypukle nie to pochodzi od guza, okazującego wszystkie cechy macicy powiększonéj, jest tylko mało ruchomy. Wejście do pochwy miernie szerokie, ściany pochwy pulchne, pochwa długa, część pochwowa umieszczona w wysokości górnego brzegu spojenia łonowego, ujście zewnętrzne przedstawia dołek okrągły, do którego zaledwie koniec palca wchodzi, tylna warga części pochwowéj prawie zanikła, przechodzi na guz wypuklający tylne sklepienie aż do wychodu miednicy i zajmujący prawie całą jamę miednicy małéj tak, że palec pomiędzy guzem a tylną ścianą spojenia łonowego tylko z trudnością do części pochwowéj daje się doprowadzić. Guz dający się wybadać przez pochwę a wypuklający tylne sklepienie jest częścią guza dającego się wybadać przez powłoki nad spojeniem, ma tę samą zbitość i stanowi z nim jednę całość. Badanie przez odbytnicę wykazuje znaczne wypuklenie przedniéj jéj ściany.

Na podstawie tego badania rozpoznano: *Retroflexio uteri gravidi. Cystitis laevis. Irritatio peritonaei.*

Wobec tego, że objawy nie były zbyt groźne, że zmiany w pęcherzu nie były daleko posunięte, postanowiono użyć leczenia łagodniejszego. Ułożono ciężarną na bok prawy, z mocno do brzucha zbliżonemi udami i zastosowano lewatywę, poczem chora zajęła ułożenie kolankowo-łokciowe, w którem pozostała przez dwie do trzech godzin. Następnego dnia badanie wykazało: stan bezgorączkowy, tętno spokojne, brzuch niebolesny, a badając palcem przez pochwę czuć można, że guz, wypuklający tylne sklepienie znikł zupełnie, część pochwowa w osi miednicy nieco skrócona, dalszy ciąg macicy wyczuwalny we wszystkich sklepieniach, najwięcéj w przedniem. Podano opium, polecono spokój i napoje kwaskowate. Chora pozostawała w klinice z powodu tkliwości brzucha nad spojeniem łonowem i lekkiego niedowładu pęcherza przez 10 dni, poczem jako wyleczona opuściła klinikę.

Historyje choroby dwóch ostatnich przypadków są, jak mniemam, najwymowniejszym dowodem, że nawet, pomimo objawów uwięźnięcia, zmian w pęcherzu i zadrażnienia otrzewny, jeżeli tylko wcześnie do leczenia przystąpimy, bez wielkich a niebezpiecznych zabiegów cel osiągnąć jesteśmy w stanie, w wielu razach płodowi dalszy pomyślny rozwój zapewniamy, matkę zaś prawie zawsze od niechybnéj ratujemy śmierci.

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 48.)

23. Józef Węgiel, lat 7, przyjęty 25 marca 1881. Źle odżywiony, cera blada, gruczoły karkowe przerosłe. Klatka piersiowa długa, dołki pod i nad obojczykiem prawym zapadłe, odgłos wypukowy ponad szczytem płuca prawego tak z przodu jak z tyłu stłumiony, wdech i wydech oskrzelowy. W części dolnéj oddech nieoznaczony, liczne rzężenia i furczenia. Podobnie też i w górnym płacie płuca lewego liczne rzężenia, oddech chuchający, odgłos wypukowy w szczycie z tyłu krótszy. Serce wymiarów prawidłowych, tony czyste lecz nieregularne. Brzuch nieckowato zapadły. Chory cierpi od dni kilku na zaparcie stolca i ból głowy. Ciepłota wieczorna 39·4, tętno 120.

26/III c. r. 39·0, w. 39·6. Kilkakrotne wymioty, zaparcie stolca, niespokój, skurcz mięśni karkowych, ból głowy.

27/III c. r. 39·2, c. w. 39·5. Wymioty, około południa drgawki, potem nieprzytomność, mienienie się twarzy, zataczanie gałek ocznych ku górze.

28/III c. r. 38·5. Nieprzytomność, gałki oczne nieruchomo w dal ustawione, wytrzeszczak, źrenice szerokie. Obie kończyny górne niedowładne, palce w stawach zgięte, czucie znacznie przytępione. Tętno bardzo słabe, nieregularne. W południe tor oddechowy Stokesa, po południu śmierć.

Sekcyja wykonana 29 marca wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa. tuberculosis et infiltratio tuberculosa pulmonis utriusque, pleuritis fibrosa bilateralis. Leptomeningitis tuberculosa basis cerebri.*

Wypocina na podstawie zielonkowato-żółta, włóknikowo ropna, wzdłuż naczyń w zatokach Sylwiusza nieliczne gruzełki, znaczniejsza ilość cieczy mętnéj, białawéj w komórkach.

24. Józef Solarski, lat 7, przyjęty 2 czerwca 1881 r. Ojciec chory na suchoty płuc, siostra zmarła na zapalenie opon mózgowych. 29 maja wieczorem żalił się, że czuje się słabym i że go głowa boli, w nocy przez sen zaczął się rzucać i krzyczeć. Po napiciu się wody nastąpiły wymioty, które od tego czasu się powtarzały i dotąd utrzymują. Równocześnie cierpi na uporczywe zaparcie stolca. Ciągły ból głowy zwłaszcza w czole.

Status praesens: Kościec drobny lecz prawidłowy, cera blada, miernie odżywiony, błony śluzowe niedokrewne, język obłożony. Czoło zmarszczone, ruchy gałek ocznych prawidłowe, źrenica prawa nieco szersza i leniwiéj oddziaływa, zresztą poczucie światła dobre. Gruczoły karkowe drobne, zbite. W klatce piersiowéj zmian wypukiwaniem stwierdzić nie można, szmery oddechowe słabe, tu i owdzie trochę rzężeń przy głębszym wdechu. Wymiary serca prawidłowe, uderzenie koniuszkowe wyraźne, tony czyste lecz nieumiarowe. Tętno dość pełne, nieregularne, chwilami tylko 48 uderzeń na minutę. Brzuch zapadły, stłumienie nad zatokami biodrowemi wskutek nagromadzenia kału. Śledziona i wątroba prawidłowe, niewymacalne. Narząd ruchowy prawidłowy, odruchy ścięgniste i skórne prawidłowe. Przeczulica miernego stopnia, chwilami zaś apatyja. Na zapytania odpowiada do rzeczy. Ciepłota wieczorna 37·1.

Do 7 czerwca stan się nie zmienia, najwięcéj dolegają choremu wymioty i ból głowy. Ciepłoty ranne i wieczorne wahają się pomiędzy 36·0 i 36·5, tętno między 54 a 80.

7 czerwca c. r. 37·2, po wypróżnieniach kałowych skutkiem kalomelu czuje się cokolwiek lepiéj i pije dosyć mleka, wieczorem napad drgawek krótkotrwały, poczem pozostało otumanienie i skurcz mięśni karkowych.

8/VI c. r. 37·3, w. 38·8. Jednorazowy atak drgawek.

9/VI c. r. 37·5, w. 37·8. Opadnięcie powieki górnéj lewéj. Niedowład kończyn połowy ciała prawéj, zez zbieżny, rozszerzenie znaczne źrenic. Bezprzytomność zupełna. Plamy Trousseaua, brzuch nieckowato zaklęśnięty. Tętno 84.

10/VI c. r. 38·1, w. 38·4. *Nystagmus oscillatorius* głównie oka prawego, drgawki prawéj połowy ciała, oddech nieregularny, płytki, częsty, to znów przerywany długiemi pauzami. W obydwóch płucach liczne rzężenia, w szczycie płuca prawego wydech słabo oskrzelowy. Twarz mocno zaczerwieniona, czucie i odruchy zmniejszone.

11/VI c. r. 38·0. Drgawki słabe obydwóch kończyn górnych, automatyczne ruchy kończyny dolnéj lewéj. Mlaskanie. O godzinie $11\frac{1}{2}$ śmierć.

Sekcyja wykonana 12 czerwca 1881 wykazała: *Tuberculosis miliaris acuta, meningitis tuberculosa, hydrocephalus internus, infiltratio caseosa glandularum bronchialium, tuberculosis peritonei, ulcera tuberculosa ilei, infiltratio caseosa gland. mesaraicarum, tuberculosis renum.*

Opony miękkie u podstawy ćmawe i zgrubiałe, liczne gruzełki wzdłuż naczyń w zatokach Sylwiusza, komórki rozszerzone, wypełnione cieczą surowiczą.

25. Magdalena Kukliczówna, lat 2, przyjęta 19 czerwca 1881. Źle odżywiona, gruczoły karkowe i pachwinowe przerosłe. Odgłos wypukowy przytłumiony nad obydwoma szczytami płuc, przy oddechu liczne rzężenia i furczenia, w dolnéj części płuca lewego odgłos wypukowy stłumiony, oddech bardzo słabo słyszalny. Brzuch napięty, śledziona powiększona, rozwolnienie, kaszel. Mocz białka nie zawiera. C. w. 37·8.

Stan ten utrzymuje się aż do 3 lipca, gorączki wyraźnéj niema, stolców po kilka dziennie, kaszel dość mocny,

nacieki w płucach coraz wyraźniéj się objawiają. Chora chudnie i nędznieje z dniem każdym. Ciepłota raz tylko 25/VI była 38·6, zresztą prawidłowa nawet, zwłaszcza w ostatnich dniach.

3 lipca znaczny zapad, chora już nic nie przyjmuje, oddech szybki nieregularny, śpiączka.

4 lipca umarła o godzinie 3 po południu wśród coraz wzmagającego się zapadu, jednak bez wszelkich objawów ze strony ustroju nerwowego.

Sekcyja wykonana 5 lipca wykazała: *Infiltratio tuberculosa pulmonis utriusque. caverna pulmonis sinistri. Tuberculosis glandularum bronchialium, melanosis lienis, catarrhus chronicus intestini ilei. Meningitis basis cerebri tuberculosa.*

Obficie nagromadzona wypocina zielonkowato-żółto ropna, częścią włóknikowa na podstawie mózgu, gruzełki dość licznie rozsiane, komórki mózgowe nie rozszerzone.

26. Teodor Solarski, lat 5, przyjęty 20 lipca 1881. Ojciec chory na suchoty płucowe i częste krwotoki, brat zmarł w szpitalu św. Ludwika wskutek zapalenia opon gruźliczego, podobnéj chorobie uległa w domu także i siostra. Od dni kilku stracił humor i apetyt i wymiotuje często tak na czczo jak po jedzeniu. Podczas przyjęcia wymiotował kilkakrotnie, wymioty występują nagle bez nudności. Żali się na ból głowy.

Źle odżywiony, na skórze tułowia widać żyły porozszerzane, na brzuchu liczne limfomata drobne, podściółka tłuszczowa zanikła, gruczoły karkowe i pachwinowe bardzo liczne, drobne lecz twarde. Spojrzenie groźne, gałki oczne wytrzeszczone, źrenice jednakowe, lecz oddziaływają bardzo powoli, zezu ani *nystagmus* niema. Błona śluzowa warg blada, lewy kąt ust obwisły, fałd nosowowargowy wyrównany. Wypuk daje z przodu po stronie prawéj odgłos niższy lecz pełniejszy, po lewéj wyższy, krótszy nieco bębenkowy. Z tyłu w obydwóch szczytach stłumiono-bębenkowy, u dołu po stronie lewéj stłumiony. Oddech nieoznaczony, po lewéj w pasze i z przodu oskrzelowy. Wymiary i tony serca prawidłowe. Brzuch zaklęśnięty, stolca od 2 dni nie było. Ciepłota wieczorna 37·3.

21 lipca c. r. 37·0. Całkiem przytomny, żali się na ból głowy. Wymiotów nie było. W moczu białka niema, barwiki, moczany i fosforany w ilości zwiększonéj, c. w. 37·0.

22/VII c. r. 37·3, w. 37·0, wymioty kilkakrotne, plamy Trousseaua.

23/VII c. r. 37·0, w. 37·5.

24/VII c. r. 37·1, w. 37·5. Krwotok z nosa, śpiączka, źrenice niejednostajnie rozszerzone, tętno nieregularne 60 do 94.

25/VII c. r. 37·5, w. 37·3. Wykrzykiwanie, źrenica prawa szeroka, lewa wązka, wymiotów już nie było.

26/VII c. r. 37·2, w. 37·5. Ospałość coraz większa.

27/VII c. r. 37·0. O godzinie 4 rano nastąpił bardzo silny krwotok z płuc ustami. Chory nieprzytomny, leży z powiekami w pół otwartemi, źrenice to się zwężają to rozszerzają, gałki oczne albo ustawione w dal albo ku górze skierowane, spojówki nastrzykane, usta krwią zbroczone i skrzepami wypełnione. Drgawek nie było, czucie i odruchy prawidłowe. Oddech z przodu klatki piersiowéj po stronie prawéj i w pasze chuchający. Po lewéj z tyłu wyraźnie oskrzelowy, odgłos wypukowy przy kącie łopatki bębenkowy. Oddech spokojny, tętno wolne 64 przepuszczające.

Wieczorem ciepłota 38·3. Ani śladu przytomności, twarz zarumieniona, źrenica lewa nadmiernie szeroka, prawa wązka. Skubanie kołdry, lekkie drgawki lewéj kończyny górnej. Opad powieki górnéj lewéj.

28/VII c. r. 38·1. Drgawki lekkie lewéj połowy ciała, zresztą stan jednakowy. C. w. 40·0, o godz. 5 oddech charczący, o godz. 8½ śmierć.

Sekcyja wykonana 30 lipca wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsqu. tuberculosi universali miliari. Leptomeningitis tuberculosa, hydrocephalus ventriculorum acutus majoris gradus. Tuberculosis pulmonis utriusque, caverna pulmonis sinistri. Tuberculosis lienis, renum, glandularum solitarium ilei.*

Opony miękkie miejscami ćmawe, na podstawie znaczniejsza ilość świeżéj włóknikowéj galaretowatéj, zielonkowato-żółtej wypociny, wśród któréj i obok gęsto rozsiane gruzełki, drobne, szarawe. Zwoje mózgu spłaszczone, na przekroju kora blada, miejscami drobne żółtawe serowate guzki okazująca. Spójność bladéj istoty rdzeniowéj znacznie zmniejszona. Komórki znacznie, bo przeszło w czwórnasób rozszerzone, wypełnione mętną cieczą, zmięszaną z strzępkami rozmiękłéj białawéj miazgi z powierzchownych warstw ciałka prążkowatego i wzgórek wzrokowych.

27. Stanisław Bartosik, lat 1½, przyjęty 21 listopada 1881. Od tygodnia wymioty, zaparcie stolca, wykrzykiwanie, od dni 3 drgawki i bezprzytomność.

Miernie odżywiony, na skroniach żyły porozszerzane, powieki w pół otwarte, źrenice niejednakowo rozszerzone, nieprzytomny zupełnie, przykurczenia kończyn górnych, drgawki, przerywane, skurcz karkowy. Stłumienie odgłosu wypukowego po stronie lewéj w szczycie, oddech oskrzelowy, w reszcie płuc rzężenia, brzuch nieckowato zaciągnięty. Ciepłota wieczorna 38·6.

22/XI umarł o godzinie 10 rano.

Sekcyja wykonana 23 listopada wykazała: *Degeneratio caseosa gland. bronchialium et apicis pulmonis sinistri. Tuberculosis miliaris. bronchitis diffusa, atelectasis disseminata et oedema pulmonum. Tuberculosis miliaris hepatis lienis, renum. Ulcera tuberculosa intestini ilei.*

W jamie czaszkowéj stwierdzono tylko bardzo znaczne napięcie opony twardéj, nad półkulami mózgowemi znaczniejszą ilość cieczy surowiczej w przestworach podpajęczych.

28. Wiktoryja Banianka, lat 3, przyjęta 23 listopada 1881. Wywiadów niema żadnych. Stan choréj bardzo zły. Odżywienie złe, objawy nacieku w obydwóch szczytach płuc. Liczba oddechów 88 na minutę, charczenie w tchawicy. C. w. 39·8, tętno 160. Rozwolnienie.

24/XI. Zapad jeszcze większy, c. r. 39·0, w. 40·2.

25 o godzinie 3 rano umarła. Przypadów mózgowych nie było żadnych.

Sekcyja wykonana 26 listopada wykazała: *Degeneratio caseosa glandularum lymphaticarum colli, bronchorum et mesenterii. Infiltratio tuberculosa et tuberculosis miliaris pulmonis utriusque et pleurarum, hepatis et lienis. Leptomeningitis tuberculosa ad basim. Catarrhus gastroduodenalis chronicus. Infiltratio et ulceratio tuberculosa glandularum agminar. ilei et solitarium crassi intestini. Residua post enteritidem follicularim. Infilratio adiposa hepatis.*

Liczne drobne szarawe gruzełki wzdłuż przebiegu naczyń na podstawie, nieco większa ilość cieczy mętnéj w przestworach podpajęczych z płatkami włóknikowemi.

Komórki mózgowe były prawidłowe a około skrzyżowania nerwów wzrokowych nie było wyraźnych produktów zapalenia.

29. Wincenty Zwoliński, 15 miesięcy, przyjęty 26 listopada 1881. Dobrze odżywiony. Znaczny wyprysk, eczema, na skórze sklepienia czaszkowego, gruczoły karkowe obrzękłe. W części zewnętrznéj dolnéj pośladka prawego ropień wielkości orzecha włoskiego, o twardych naciekłych brzegach. W płucach tylko liczne rzężenia i furczenia, śledziona macalna, brzegi ostre, c. w. 38·0.

27/XI c. r. 35·8, w. 38·4. Ropień otwarto.

28 c. r. 37·1, w. 38·0. Po każdem jedzeniu wymioty silne, stolec prawidłowy.

29 c. r. 37·0, w. 38·0. Sypia bardzo wiele. Przerzynanie zębów siecznych dolnych zewnętrznych i trzonowego g. prawego.

30 c. r. 37·5, w. 37·6. Wymioty wciąż się utrzymują.

1/XII c. r. 37·6, w. 38·0. Zrywanie się w nocy ze snu i krzyki przeraźliwe.

2/XII c. r. 37·6,	w. 37·5	} zgrzytanie zębami, śpiączka, wykrzykiwanie, wymioty, chwytanie się rączką za głowę, mienienie się twarzy.
3 „ 37·0	„ 37·5	
4 „ 37·0	„ 37·1	
5 „ 37·1	„ 37·5	
6 „ 37·0	„ 37·5	Powieki się nie domykają,

oddech nieregularny, bardzo wolny, z długiemi przerwami. Tętno miękkie, zaledwo 60 na minutę. Stolca nie było.

7. Stan niezmieniony.

8 c. r. 37·2, tętno 80 nieregularne, zwalnia przy potrząsaniu głową, chwilowo zez zbieżny, źrenica lewa szeroka, prawa wązka, za lekkiem dotknięciem skóry występują już plamy Trousseaua. Ponad szczytem płuca lewego odgłos wypukowy znacznie krótszy, oddech chuchający, rzężeń mało. W płucu prawem objawy nieżytu c. w. 37 6.

9. c. r. 38·0. Ruchy lewych kończyn o wiele słabsze, czucie, zwłaszcza na kończynie dolnéj, upośledzone. Przytomność niepewna, c. w. 39 8.

10. Drgawki lekkie mięśni twarzowych zezowanie, leniwa reakcyja źrenic, nieprzytomność, c. r. 38·5, w. 39 0. Brzuch nieckowato zapadły. Tor oddechowy nieregularny.

11. c. r. 40·0. W nocy drgawki obydwóch kończyn górnych, przeważnie jednak prawéj. Ruchy spazmatyczne dolnéj kończyny prawéj, kurczenie jéj i przyciąganie do brzucha prawie rytmiczne. Odruchy skórne znacznie podwyższone. Tor oddechowy Cheyne Stokesa. W ciągu dnia powtarzały się drgawki wciąż i były symetryczne, około g. 1 toczenie piany, charczenie i śmierć w napadzie drgawek.

Sekcyja wykonana 13 grudnia wykazała: *Degeneratio caseosa et tuberculosa glandularum bronchialium praecipue partis sinistrae. Infiltratio tuberculosa pulmonis sinistri, bronchitis diffusa et oedema pulmonum. Leptomeningitis tuberculosa acuta* (*sero-fibrono purulenta*) *ad basim cerebri. Ulcera tuberculosa ilei. Tumor lienis melanodes.*

Na podstawie znaczna ilość wypociny surowiczo-włóknikowéj i ropnéj, która wypełnia szczelnie wszystkie tutaj znajdujące się przetwory podpajęcze i przenika opony łatwo rozedrzeć się dające, ściśle z tą wypociną złączone. Wzdłuż przebiegu naczyń liczne gruzełki. Komórki znaczniéj rozszerzone, wypełnione cieczą surowiczą, mętną.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Glax (Abazia): **O elektrycznem leczeniu puchliny brzusznéj i o wpływie faradyzacyi mięśni brzucha na czynność serca.**

Salfanelli, Alvarenga i autor, pierwsi leczyli *ascites* i *anasarca* zapomocą faradyzacyi. Pod wpływem takiego leczenia znikał wyciek z jam wśród zwiększonéj dyurezy. Glax tłómaczy sobie zjawisko to skurczem mięśni brzucha i przepony, skutkiem czego ciśnienie w jamie brzusznéj zwiększa się, prócz tego przepona przez skurcze i rozkurcze działa jako pompa ssąca. Erb do tłomaczenia tego dodaje jeszcze wpływ prądu na nerwy naczynioruchowe i katalytyczne jego własności. Doświadczenia Buma i Reibmayera wykonane na królikach przemawiają za tłómaczeniem mechanicznego działania, a ostatni wyleczył *ascites* mięsieniem brzucha. Przyczyna opuchliny brzusznéj nie wpływa na leczenie faradyzacyją, albowiem leczono nią ze skutkiem marskość wątroby, zwyrodnienie nerek lub wadę serca itd.

Glax zauważył, że jeżeli się u ludzi chorych, źle odżywionych, faradyzuje brzuch np. w przypadkach atonii kiszek, to przerywany prąd elektryczny nie jest bez wpływu na układ nerwowy współczulny. Autor spostrzegał częste zemdlenia, jeżeli faradyzował w okolicy *plexus hypogastricus, aorticus, coeliacus* a Basch opisuje przypadek groźnego zemdlenia wśród elektryzowania. Przyczyną tych zemdleń jest chwilowe zawieszenie czynności serca. Autor w tym celu czynił doświadczenia na żabach i skonstatował po każdem zadziałaniu wprost na odsłonięty mięsień brzuszny, chwilowe ustawanie skurczów serca. Nawet samo mięsienie brzucha u neurasteników wywoływało nieraz chwilowe omdlenia. U ludzi zdrowych, silnych i zażywnych, jakoteż w przypadkach *ascites*, do omdlenia nigdy nie przychodzi. (*Centralb. f. d. g. Th. Heft 11. 1892*). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

A. Ciągliński i O. Hewelke (Warszawa): **W kwestyi tak zwanego czarnego języka.**

Jedną z najrzadszych chorób języka jest t. z. „czarny język“. Cierpienie to, polegające na wystąpieniu ciemno brunatnéj lub czarnéj plamy o powierzchni gładkiéj lub też włochatéj przed *papillae circumvallatae*, jest jeszcze niewyjaśnionem zarówno pod względem anatomo-patologicznem jakoteż i etyjologicznem. Większość badaczy uważa omawianą sprawę za przerost brodawek nitkowatych języka z następowem zrogowaceniem takowych, inni uważają ją za cierpienie powstałe na tle zaburzeń naczynio ruchowych, histeryi lub nieżytu żołądka. Badania bakteryjologiczne dawały albo wyniki ujemne, albo też znajdowano drobnoustroje jamy ustnéj (*lephothrix buccalis*), z omawianą sprawą chorobową nie będące w związku. Autorowie pracy niniejszéj obserwowali przypadek „czarnego języka“, w którym czarna plama wystąpiła na języku 24-letniéj kobiety podczas rekonwalescencyi po przebytéj gorączce, dokładne badanie mikroskopowe i bakteryjologiczne osadu, zeskrobanego z języka, wykazało, że ów nalot był utworzony przez grube nitki oraz owalne czarne zarodniki pewnego gatunku pleśniaka, najbardziéj zbliżonego pod względem morfologicznym do gatunku *mucor rhizopodiformis*; różni się on jednak od tego ostatniego głównie pod względem chorobotwórczym, gdyż wprowadzony do żyły królika żadnych objawów chorobowych nie wywołuje. Autorowie proponują dla grzyba w „czarnym języku“ znalezionego nazwę pleśniak czarny (*mucor niger*), dla saméj zaś choroby nazwę grzybnicy pleśniakowéj czarnéj języka (*mycosis linguae mucorina nigra, s. nigrities mucorina linguae*). Hodowle grzyba prowadzono na kartoflu gotowanym, papce chlebowéj oraz tartych kartoflach lub też roztartym chlebie, zmieszanych z 5—10% roztworem żelatyny. Z opisu grzyba, podanego przez autorów wyjmujemy ten szczegół, że owalne zarodniki o podwójnych obrysach, rozpatrywane pojedyńczo, przedstawiają się szaro, w zbitéj zaś masie mają barwę zupełnie czarną. Litografowana tabliczka ilustruje opis grzyba. (Kronika lekarska 1892 N. 11).

K. Klecki.

Terapija.

Saalfeld (Berlin): **Losophan.**

Losofan czyli trójjodek kresolu, oto znów nowy środek z grupy kresolów, który fabryka Bayera i Sp. stara się w praktykę dermatologiczną wprowadzić. Tworzy się go przez zadziałanie jodu na kwas metaoksytoluylowy wobec odpowiedniéj ilości zasady. Rozpuszczalny jest w alkoholu, eterze, benzolu i chloroformie. W rozcieńczonym ługu sodowym zamienia się losofan na bezkształtne zielono-czarne ciało, które w alkoholu nie jest więcéj rozpuszczalném. Losofan zawiera 80% jodu a paląc się wydziela parę jodową. Saalfeld pierwszy zaczął wykonywać doświadczenia z tym środkiem a najpierw wybrał sobie mykosy skóry. Rozczyn użyty był 1% z 3 częściami wyskoku i jedną częścią wody. Płynem tym nacierano miejsca chorobowe 2 do 3 razy dziennie. Z 16 przypadków *Mycosis tonsurans* 13 zostało zupełnie uleczonych, bez użycia innego leku. Z cierpień zapalnych skóry losofan skutecznym był w wypryskach chronicznych, starych z silném swędzeniem połączonych. W tych przypadkach stosowano go jako maść 1 lub 2% z waseliną i lanoliną. Maści używano także w przypadkach *prurigo* z bardzo dobrym skutkiem. W *sycosis* losofan zanadto drażnił skórę, tak, iż w jednym przypadku musiano zastosować leczenie przeciwzapalne. Nawet 10% maść losofanowa na *psoriasis vulgaris* nie działała, lek ten więc w chorobie téj żadnéj nie ma wartości. Skutecznym aczkolwiek dopiero po dłuższém stosowaniu był także w przypadkach pasorzytów skórnych zwierzęcych, jednakże środki, które zazwyczaj w tych przypadkach stosujemy, daleko szybciéj pasorzyty niszczą. Jako 1% posypka posiada losofan małą wartość wysuszającą i gojącą. (*Th. Monathefte.* paźdz. *1892.*

Dr. Mendelsburg.

Choroby oczne.

Fromm i Groenouw: O wartości rozpoznawczéj barwienia fluoresceiną w chorobach ocznych.

Pierwszy Pflueger przed 10 laty użył fluoresceiny do barwienia ubytków przybłonka rogówki, późniéj Straub i Thomallo posiłkowali się tym barwikiem w celach dyjagnostycznych. Badania jednak ścisłe dwuletnie przeprowadzili dopiero autorowie, używając w tym celu soli potasowych i sodowych fluoresceiny w 2% rozczynie. Rozczyn ten w przepuszczonem świetle jeszcze przeźroczysty okazuje barwę wina burgundzkiego, w odbitem zaś ciemno zieloną. Skutkiem tego części rogówki zabarwione przedstawiają barwę zieloną, gdyż widzi się je w świetle odbitem, części zaś zabarwione spojówki gałkowéj widziane w świetle przepuszczonem (po odbiciu tegoż od białéj twardówki) żółtą.

Celem barwienia zapuszcza się do worka spojówkowego kroplę rozczynu i każe choremu na kilkanaście sekund zamknąć oko. Jeżeli rogówka i spojówka są prawidłowe, wtedy zabarwienie wcale nie wystąpi, jeżeli jednak choćby najmniejsza znachodzi się ekskoryacya przybłonka, natychmiast barwi się najpierw to miejsce, a po kilku minutach skutkiem dyfuzyi i części tkanki sąsiednie, dlatego też chcąc się przekonać o rozległości n. p. ubytku w rogówce należy takową zaraz po zapuszczeniu oglądać. W razie zabarwienia ustępuje takowe po 2—3 godzinach, w przypadkach tylko, gdy większa część rogówki została zabarwioną, odbarwienie następuje dopiero po 24 godzinach. Ponieważ łzy zabarwione mogłyby przeszkadzać w dokładnem obejrzeniu gałki, radzi autor przepłukać po zapuszczeniu fluoresceiny worek spojówkowy 4% rozczynem *natr. biboracicum*, który to rozczyn nadaje się również do obmycia powalanéj barwikiem skóry rąk lub twarzy.

Badania mikroskopowe przedsiębrane na skrawkach rogówki wykazują, że zabarwienie występuje wszędzie tam, gdzie albo rogówka przybłonka swego została pozbawioną, albo przynajmniej istota kiłowa między komórkami rozwiotczoną, rozpulchnioną. Barwienie więc w żywem oku nadaje się do celów rozpoznawczych. Wszelkie ekskoryacyje rogówki barwią się pięknie jasno-zielono, gdy obce ciało tkwi w rogówce uwydatnia się ono lepiéj, gdyż dokoła niego powstaje zabarwienie. — Tak więc często jedna kropla fluoresceiny zapuszczona do oka pozwala rozpoznać cierpienie rogówki, które przy złem świetle lub braku wprawy łatwo mogłoby ujść uwagi badającego. Też same usługi oddaje fluoresceina w razie oparzenia rogówki wapnem, rozpalonem żelazem, kwasami i alkalijami, równie jak wobec wrzodów, nacieków lub ropni, przy których zwykle, jak tego dowodzi mikroskop, i przybłonek rogówki cierpi. Przeciwnie przy plamkach rogówkowych zabarwienie nie występuje, dlatego też przy pomocy fluoresceiny z łatwością przychodzi odróżnić sprawy świeże od przebytych już, ukończonych.

Z pomocą fluoresceiny można też śledzić przebieg i skuteczność leczenia, w miarę bowiem jak dany ubytek rogówkowy zabliźnia się, pokrywa nowym przybłonkiem, zabarwienie do coraz mniejszéj ogranicza się przestrzeni. Z chorób spojówki również każda utrata istoty, czy to bodźcem chemicznym czy mechanicznym wywołana, uwydatnia się po zapuszczeniu fluoresceiny. Ze spraw zapalnych spojówki zabarwienie występuje tylko w przypadkach *Conj. phlyctenulosa*, okoliczność, która w danym razie posłużyć może do odróżnienia od innéj sprawy chorobowéj. Z innych części oka żadna się nie barwi, tylko w *iritis serosa* często zauważono na rogówce w miejscu odpowiadającem precypitatom lekkie zielone zabarwienie. Przy świeżo wypadniętéj tęczówce barwi się rogówka dokoła *prolapsus*, nie barwi się zaś w przypadku dawnym, zabliźnionym. W jaskrze miejsca matowe rogówki zabarwiają się również słabo zielono.

Tak więc metoda ta w okulistyce ułatwia snadnie rozpoznanie cierpień rogówki i spojówki, zwłaszcza tam, gdzie dokładne obejrzenie oka, jak np. u niesfornych dzieci, napotyka na trudności; wartoby i w tym kierunku przedsięwziąść badania, czy nie mogłaby oddać usług i w cierpieniach innych błon śluzowych n. p. pochwy lub szyjki macicy. (*Arch. f. Augenheil.* B. XXII, H. 4). *Dr. Langie.*

Choroby krtani.

A. Sokółowski: Kilka uwag o róży krtani.

Do rzadkich postaci chorób krtani należą opisane przez Masseiego przypadki pierwotnéj róży. Badania bakteryjologiczne wykonane przez kilku autorów jak: Fazano, Schech, Semon, Brysak, Dolerau wykazały w tych razach rzeczywiście cechujące tkanki Fehleisena i utwierdziły słuszność poglądów Masseiego. Autor miał sposobność spostrzegać kilka razy tę chorobę i podaje cztery odpowiednie przypadki. W przypadku pierwszym rozpoczęła się choroba od wysypkowego zapalenia migdałków, w dalszym ciągu przebiegała jako t. z. *laryngitis phlegmonosa* wśród bardzo ciężkich objawów, a dopiero po dwu tygodniach, z chwilą gdy wystąpiła typowa róża twarzy, wyszła na jaw istotna podstawa choroby. Pomiędzy wysepkowem zapaleniem migdałków a różą przypuszcza autor związek o tyle, że niejednokrotnie wykrywał w tem pierwszem cierpieniu kolonie gronkowca i diplokoków a Sendler wykazał nawet stanowczo obecność gronkowca róży.

Przypadek drugi zakończył się niepomyślnie, a tu wystąpiła choroba odrazu jako róża krtani. Błona śluzowa podniebienia miękkiego i języczka żywo purpurowo zabarwiona, tylna powierzchnia języczka żółtym nalotem pokryta. Obrzęk krtani tak był znaczny, że uniemożliwiał obejrzenie jéj wnętrza. Badanie pośmiertne okazało prócz obrzmienia podniebienia, języczka, łuków, gardziela, nagłośni i krtani aż po wiązadła prawdziwe, także owrzodzenie o dnie szaro-żółtem, brzegach nierównych, powygryzanych, usadowione na tylnéj powierzchni języczka. Błona śluzowa w całości nacieczona ropą. To też nic dziwnego, że cała sprawa przebiegała szybko i gwałtownie, a zakończyła się śmiercią prawdodobnie skutkiem ogólnego zakażenia.

Dwa ostatnie przypadki okazują jednakie cechy i przebieg; rozpoczęły się od zapalenia wysepkowego migdałków i dopiero po ustąpieniu téj choroby, gdy w gardle żadnych już zmian nie było, wystąpiła w pierwszym przypadku po 4-ch, w drugim dopiero po 10-u dniach róża krtani z obrazem i przebiegiem do opisanego najpierw przypadku podobnym. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń przypuszcza autor, że tak *angina follicularis* jak i lekkie postacie zapalnego obrzęku krtani nie są niczem innem jak tylko zakażeniem gronkowcem róży z łagodnym przebiegiem. (*Gazeta lek. Nr. 32, 1892*). *Dr. Ludomił Korczyński.*

Choroby skórne i kiłowe.

Mraček (Wiedeń): O kile serca [1]).

Zmiany anatomo-patologiczne, wywołane w sercu przez zakażenie kiłowe, należy podzielić na 2 grupy. Do pierwszéj należą zmiany bezpośrednio skutkiem kiły powstałe, do drugiéj zmiany następowe. Głównemi reprezentantami pierwszéj grupy jest kilak i *myocarditis sclerotica fibrinosa*. Obydwie te postacie znajdujemy najczęściéj obok siebie, obydwie występują jako zmiany ograniczone na pewnych przestrzeniach, aczkolwiek *myocarditis* często także znaleść można w formie rozlanéj. Ich miejscem ulubionem są ściany lewéj komórki. Kilaki znajdujemy tylko w mięśniu najczęściéj blisko osierdzia, są wielkości pestki, jaja gołębiego a nawet kuli bilardowéj. Ogniska większe powstają ze zlania się kilku mniejszych, a na przekroju okazują masę suchą, serowatą, biało-żółtą, zbitą tkanką łączną okoloną. Kilaków miękkich o galaretowatéj zawartości w miąższu sercowym nie znajdujemy. Wątpliwą jest rzeczą, czy kilaki w sercu mogą uledz wessaniu, w ropnie nie przechodzą nigdy. Otorbione mogą za życia długi czas istnieć bez jakichkolwiek objawów i dopiero na stole sekcyjnym o ich obecności się dowiadujemy.

W *myocarditis* znajdujemy mięsień wespół z błoną surowiczą zamieniony na szarawo-białe, zbite masy, które

---

[1]) Sprawozd. z zjazdu dermat. w Wiedniu 1892.

rzadko zajmują całą grubość mięśnia. Pod mikroskopem obok zbitéj widzimy młodą tkankę łączną i tkankę granulacyjną, co jest dowodem, że zmiana ta znajduje się w stanie ciągłego rozrostu. Punktem wyjścia jéj jest tkanka okołonaczyniowa, a prawdopodobnie impuls do rozrostu leży w samych ścianach naczyń. Nie ulega zdaje się wątpliwości, że kiła obejmuje najpierw najdelikatniejsze naczyńka albo też *vasa vasorum*, wywołuje przekrwienie i ostatecznie zwężenie ich światła. Nietylko drobne gałązki, ale i tętnice wieńcowe ulegają zakażeniu kiłowemu, jak tego dowodzą liczne znane przypadki, przedstawiając wybitne zmiany Heubnera, tętniakowe wydęcia lub zwężenia. Tym zmianom patologicznym towarzyszą wybitne objawy chorobowe.

Kilaki uciskając mięsień sercowy, prowadzą częścią do zaniku jego, częścią zaś do przemiany wstecznej. Mraček znajdował nawet w starych serowatych kilakach resztki utrzymanych włókien mięsnych. *Myocarditis* obejmuje znacznie większe obszary, a co najważniejsza wychodząc z naczyń, których ściany zmienia i światło ich ścieśnia, przyczynia się do zniesienia należytego odżywiania mięśnia sercowego. Jeżeli nie następuje śmierć, powstaje zapalenie demarkacyjne. Mięsień serca skutkiem zwiększonéj pracy przerasta, a ogniska chorobą zajęte nie mogąc podołać ciśnieniu wewnętrznemu krwi odpowiedniemu, wypuklają się, tworząc tak zwane *aneurysma partiale cordis chronicum*. Wypuklenia te najczęściéj znajdują się w końcu serca i skutkiem pęknięcia mogą sprowadzić nagłą śmierć. W przypadkach kiły wrodzonéj znalazł M. nacieki okołonaczyniowe ze zgrubieniem osierdzia. Śródsierdzie tylko równocześnie z mięśniem doznaje zmian w kształcie włóknistych zgrubień, które sprowadzają także zanik beleczek.

Zmiany wywołane w sercu przez kiłę niczem często na zewnątrz się nie objawiają; połowa ich dopiero *post mortem* zostaje wykrytą. Druga ich połowa objawiała się albo jako niedomoga mięśnia sercowego z zejściem śmiertelnem lub jako przerost czasem ze szmerami. Dlatego klinicysta skonstatowawszy powyższe objawy, powinien także myśleć o kile serca, tem bardziéj, że specyficzne leczenie często z wielkim dla chorego pożytkiem może być przeprowadzone. (*Wr. med. Wschft.* Nr. 40, 1882).

Dr. Mendelsburg.

Choroby umysłowe.

Magnan (Paryż): **Myśli przymusowe treści zbrodniczéj.** (*Obsession criminelle morbide*).

Na trzecim zjeździe poświęconym studyjom antropologii kryminalnéj w Brukseli, w sierpniu b. r., wygłosił dr. Magnan, naczelny lekarz schroniska dla obłąkanych pod wezwaniem św. Anny w Paryżu, odczyt o myślach przymusowych skłaniających człowieka nawiedzonego niemi do popełnienia zbrodni. Rzecz ta, będąca pierwszorzędnéj wagi dla lekarza sądowego, zasługuje na ogłoszenie tem bardziéj, że, jak z jednéj strony łatwem jest ocenienie zbrodni lub przestępstwa popełnionego przez człowieka wybitną chorobą umysłową dotkniętego, o tyle trudnem a często w skutkach smutnem a niesprawiedliwem staje się ocenienie przestępstwa lub zbrodni, dokonanéj przez człowieka na pozór umysłowo zdrowego, który jednak padł ofiarą myśli przymusowych do zbrodni go skłaniających.

Zbrodnia popełniona przez obłąkanego jest wynikiem omamów, zwidywań lub urojeń; u ludzi zaś zresztą umysłowo zdrowych mogą się stać myśli przymusowe motywem dla popełnienia czynu karygodnego. Myśl przymusowa — to wytwór czynności mózgu; myśl pewna, słowo lub obraz rodzi się bezwiednie i występuje na pierwszy plan życia duchowego u człowieka niezależnie i wbrew jego woli.

Myśl przymusowa zrodzić się może w człowieku w niczem nie zbaczającym od prawidła; — nie wzbudza też w nim żadnego niepokoju, jest przemijającą, nie wpływa bynajmniéj na jego swobodę w działaniu, mimo to jednak tamuje jego wolę w doborze myśli. U ludzi dziedzicznie do zboczeń umysłowych usposobionych powstają również myśli przymusowe, ale te panują nad całą ich czynnością intelektualną, stają się uporczywemi, występują z silnym bólem moralnym, wypływającym z dokładnego przeświadczenia o przewrotności danéj myśli; ludzie ci wiedzą, iż spełnienie myśli tyranizującéj ich stanowi zbrodnię, mają więc tak zwaną „*libertas judicii*“, popęd jednak do zrealizowania przymusowéj myśli tak u nich jest wszechwładnym, iż zmuszeni jemu uledz popadają w zatarg z kodeksem karnym. Przytem człowiek taki zdaje się mieć zupełne przeświadczenie swego czynu karygodnego, ztąd też wynikają tak częste pomyłki w ocenianiu przez lekarzy i sędziów czynów jego. Najlepiéj uzmysławiają bezsilność woli w obec myśli przymusowych te przypadki, w których myśl przymusowa stanowi przymus lżenia otaczających osób czyli przypadki tak zwanéj onomatomanii.

I tak n. p. mężczyzna 52 letni cierpi od lat kilku na myśl przymusową wypowiadania zelżywych słów. Ilekroć na ulicy spotka kobietę z lepszego stanu, natychmiast powstaje u niego przymus do uraczenia jéj przezwiskiem nierządnicy. W chwili, gdy lekarz w zakładzie doń przemawia, słychać u niego cicho i przez gardło wymawiane słowa, jest zasmuconym i odwraca często głowę wstecz. Zapytany o przyczynę tego dziwnego zachowania się, zeznaje, iż zmuszonym jest słowo „świnia“ wypowiadać, a głowę odwraca dlatego, iżby lekarz słowa tego nie usłyszał i za ubliżenie sobie nie poczytał. Gdy uczyni zadość prześladującéj go myśli przymusowéj, czuje się lekkim i swobodnym, jeśli chce myśl tę zwalczyć, doznaje potęgującego się uczucia lęku, bicia serca a w końcu przecież przymusowi myśli ulega. Już wysiłek ten, aby słowo obelżywe wypowiedzieć możliwie cicho i na uboczu, nuży go wielce i męczy.

Tak samo jak człowiek dotknięty onomatomanią z myślą przymuszającą go do wypowiedzenia obelgi walczy, opór jéj stawia przez pewien czas, czasem znowu wprost ją wypowiada, bo rozładowanie ośrodka mowy tak szybko następuje, iż nawet czasu do oparcia się przymusowi nie ma, tak i człowiek cierpiący myśl przymusową skłaniającą go do popełnienia morderstwa nawet na osobach najbliższych jego uczuciom, walczy z takową, wśród dotkliwego bólu strony jego moralnéj i uczuciowéj, wśród wzrastającego lęku, aż wreszcie staje się posłusznym duchowemu przymusowi. Z chwilą popełnienia zbrodni uspokaja się. Czasem wykonywa morderstwo tak śpiesznie, iż na walkę wewnętrzną z przymusem czasu nie starczyło.

Zdarza się, iż człowiek cierpi przymus uderzania lub uszkodzenia osoby drugiéj w pewnéj chwili obok niego znajdującéj się, oddala się od niéj, zamyka na osobności aż przymus minie. Inny znów cierpiący na przymus niszczenia sprzętów, rozbijania naczynia, nagle doznaje przymusu skłaniającego go do popełnienia morderstwa na ukochanéj swéj córce; broniąc się przeciw temu przymusowi czyni zamach samobójczy. Chłopczyk 12 letni w schronisku św. Anny znajdujący się, czuje się czasami być zmuszonym pobić swych współtowarzyszy; chcąc od ulegnięcia przymusowi się uwolnić biegnie do ściany i pięściami ścianie razy wymierza, lub też na czworakach się czołga. Trzydziestoletnia kobieta przeczytawszy w dzienniku o popełnionem skrytobójstwie popada w lęk o siebie, a następnie doznaje myśli zmuszającéj ją do zamordowania własnego męża i syna; już chwyta za nóż, by przymusowi uledz, lecz nóż się łamie, kobieta doznaje uspokojenia i uwalnia się od myśli przymusowéj. (Dok. nast.)

Medycyna sądowa.

Doc. Oppenheim: **Nerwice urazowe** (*Die traumatischen Neurozen*, Berlin 1892, str. 253).

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Tętno bywa jużto przyspieszonem, jużto zwolnionem, jużto prawidłowem. Na kończynach zwłaszcza porażeniem dotkniętych uderza mocna sinica; skóra zaś za słabym uciskiem czerwieni się w postaci linii Trouseaua; za silniejszem podrażnieniem mechanicznem powstają wysypki pokrzywkowe.

W zakresie przewodu pokarmowego zjawiają się: brak łaknienia, wymioty, zaparcie żywota albo obfite biegunki,

pragnienie dokuczliwe, niestrawność nerwowa itd., mimo to odżywienie ogólne jest względnie dobrem.

W narządach moczopłciowych zdarzają się: zatrzymanie moczu, moczówka zwykła, białkomocz, a nawet moczówka cukrowa. Zdolność płciowa zanika wcześnie, mimo to istnieją nasieniotoki; u kobiet przychodzi do krwotoków w odstępach miesięcznych.

Odruchy ścięgniste bywają zwykle zwiększone.

Ze zmian troficznych nagłe osiwienie i tak zwana *xerosis* skóry należą do częstszych objawów. Ciepłota ciała napadowo może się wznosić do 39° C. i wyżéj.

Zmian anatomicznych, któreby chorobę powyżéj opisaną tłómaczyły, dotychczas nie wykryto.

Przyczynę cierpienia tak bogatego w objawy stanowią zaburzenia czynnościowe mózgu, których siedzibą zdają się być ośrodki półkul mózgowych, jako też ośrodki zawiadujące ruchem, czuciem i czynnością zmysłów. Rokowanie odnośnie do życia jest względnie dobre, a śmierć następuje zwykle z chorób przypadkowych lub z chorób, które ze zboczeń z początku czynnościowych na zboczenia o podstawie anatomicznéj się przemieniły, np. gdy z cierpienia nerwowego serca wytworzyło się zboczenie serca anatomiczne. Rokowanie odnośnie do powrotu do stanu zupełnego zdrowia jest złem, o ile zboczenia te przez dalszy ciąg życia trwają.

Wobec tego, iż osoby nerwicom urazowym podpadłe bardzo często domagają się odszkodowania, np. po przypadkach kolejowych, ztąd też zaburzenia te nabierają doniosłego znaczenia dla lekarzy sądowych, a tem samem i dla medycyny sądowéj. Lekarz sądowy musi w danym przypadku najpierwéj odpowiedzieć na pytanie: czy poszkodowany jest chorym i jaką chorobą jest dotkniętym? Aby na to zasadnicze pytanie odpowiedzieć, należy chorego dłuższy czas mieć w obserwacyi i dokładnie stan jego badać. Wobec tego, iż nerwice urazowe są chorobą czynnościową, trudność badania przedmiotowego i wynikającego zeń orzeczenia o tyle większą się staje, o ile wobec przyrody czynnościowéj nerwic tych bardzo trudnem jest wykazanie symulacyi w danym przypadku. O ile niektórzy autorowie jak Schultze, Seeligmüller i Hoffmann, symulacyję nerwic nadto często przypuszczają, o tyle znów Oppenheim, rozporządzający największą liczbą przypadków nerwic urazowych w obecnej chwili, wreszcie Charcot i jego uczniowie, Strümpell, Hitzig, Moebius, Benedikt, Bruns i inni, częstości i łatwości symulacyi stanowczo się sprzeciwiają. — Wedle Op. ten lekarz skłonniejszym będzie do przypuszczenia symulacyi w danym przypadku, który przystępując do badania, nie postępuje przedmiotowo, lecz podmiotowo, wychodząc z założenia, iż ma przed sobą symulanta, oszusta. — Trudnem jest orzekać lekarzowi w przypadkach nerwic urazowych, jeżli w kierunku tym doświadczenia nie posiada; występujące bowiem w nerwicach tych zmiany, jak porażenia, podlegają zupełnie innym prawom niż porażenia, polegające na zaburzeniach anatomicznie w centralnym narządzie nerwowym stwierdzić się dających. Ztąd lekarz nieświadomy tych zmian, nie obeznany z różnemi formami wyłącznie czynnościowych psychoz, lepiéj uczyni, usuwając się od orzeczenia w danym przypadku, niż wyrażając przekonanie swe w kierunku istniejącéj symulacyi. Całość zaburzeń psychicznych, ruchowych i czuciowych, przedstawia tak znaczne trudności dla symulacyi, iż nawet najsprytniejszy oszust nie poważyłby się podjąć symulacyę w tych licznych kierunkach.

Zbadawszy najdokładniéj stan poszkodowanego i stwierdziwszy zmiany chorobowe u niego, należy odpowiedzieć na drugie pytanie, czy choroba stwierdzona jest następstwem uszkodzenia? W odpowiedzi na powyższe pytanie rozchodzi się o wykazanie, czy obraz chorobowy był następstwem uszkodzenia, jakiemu chory miał uledz, czy też istniał on już dawniéj? W tym celu należy dokładnie przejrzeć dotyczące akty i zeznania świadków, czy chory cierpiał jeszcze i był niezdolnym do pracy częściowo lub całkowicie przed doznaniem inkryminowanego uszkodzenia, lub też dopiero po niem; jednak należy tu zupełnie wypuścić z oceny stan jego wrodzony, jeźli tenże był neuro- lub psychopatycznym.

Alkoholizm natomiast może być przyczyną neuropsychozy, graniczącéj o miedzę z nerwicą urazową, zaczem taka toksyczna neuropsychoza łatwo mogłaby być policzoną na karb doznanego urazu Jeżeli jednak poszkodowany, oddający się nałogowo trunkowi aż do ostatniej chwili przed doznaniem urazu był czynnym i do pracy zdolnym, zaś po doznanem uszkodzeniu, zdolność do pracy ustała, wówczas nie ulega wątpliwości, iż nerwica, niezdolność tę wywołująca, była następstwem urazu. W każdym razie wskazanem jest, aby w orzeczeniu alkoholizm jako niepośledni moment uspasabiający podnieść, pozostawiając ocenę tegoż sądowi.

Trzecie pytanie opiewa: czy istnieje ścisły przyczynowy związek między chorobą a doznanem uszkodzeniem? W odpowiedzi na powyższe pytanie należy uwzględnić rodzaj przypadku, jaki chorobę wywołał, jako też wszystkie okoliczności przypadkowi towarzyszące; również uwzględnić należy rozwój choroby, przyczem pamiętać wypada, że zmiany chorobowe mogą wystąpić dopiero po upływie pewnego czasu od chwili doznania uszkodzenia. W tych razach, w których objawy chorobowe wystąpiły po upływie pół roku lub dłużéj, można jedynie tylko mówić o możliwości, iż zmiany chorobowe stoją w związku przyczynowym z uszkodzeniem.

Rozstrzygnięcie pytań, czy choroba z uszkodzenia wynikła, jest uleczną lub nie, i czy wywołała trwałą lub przemijającą, zupełną lub częściową niezdolność do pracy zawodowej, przedstawia nadzwyczajne trudności. Trwałość choroby zależy od pojedyńczego przypadku, czy takowy był lekkim lub ciężkim. Przypadki, w których powstało obłąkanie, albo znaczne upośledzenie intelligencyi i pamięci, albo padaczka, wreszcie cierpienia nieuleczne, jak zanik tarczy nerwu wzrokowego itd. należy uważać za nieuleczne, wywołujące trwałą i zupełną niezdolność do zawodowéj pracy.

W końcu wyczerpującéj swéj pracy podaje autor szereg własnych orzeczeń, wydanych w przypadkach, których historyje na początku dziełka podał. *Dr. Wachholz.*

Notatki lecznicze.

Dr. M. Sasaki (prof. Kliniki wewn. w uniw. w Tokio): poleca nader gorąco, opierając się na 8 przez siebie obserwowanych przypadkach i 4 przez innych lekarzy, stosowanie „*Cremor tartari*“: (sól Seignetta) przeciw *ascites* wywołanemu czy to wskutek *Cirrhosis v. Lues hepatis* czy też *Peritonitis chronica.* Wyniki miał mieć świetne po stósowaniu tego środka przez kilka tygodni a skutek długotrwały.

Zaleca on 8·00—40·00 dziennie a przeciętnie 10·00—20·00 dziennie, obok tego podaje prawie zawsze *Chininum c Ferro, Ol. j. Aselli* i lekko strawne a pożywne pokarmy. (*Berliner kl. Woch.* Nr. 47 r. 1892).

Dr. E. Hecker (dyrektor Zakładu dla nerwowo chorych) omawia w *Berl. kl. Woch.* Nr. 47 r. 1892. dość szczegółowo sposoby traktowania napadów trwogi u neurasteników. Zwróciwszy uwagę na różne rodzaje tych napadów (np. *Monophobia*, *Antrophobia, Siderodromophobia* itd.), podaje równocześnie sposób rozróżnienia tychże od podobnych np. u melancholików.

Do sposobów leczniczych zalicza on przedewszystkiem wpływ psychiczny, dalej obok ogólnéj faradyzacyi (klatki piersiowej i pleców): także t. zw. galwanizowanie *n. sympathici* na szyi od $^1/_2$—1 Ampéra siły przez 1—2 m. Z wewnętrznych środków poleca przetwory bromu, w miernéj ilości alcoholica obok pokarmów lekko strawnych. Z zewnętrznych środków stosuje częściowe obmywanie ciała a w chwili napadu wąchanie np. mentolu, kamfory itd.

Ostrzega zaś przed zastósowaniem zastrzykiwań morfiny, środków silnie czyszczących, obmywań ciała zimną wodą i nacierań. *Dr. Olszewski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

V. posiedzenie z dnia 9 kwietnia.

Przewodniczący kol. Klemens Dębicki — obecnych członków 25.

1) Kol. Godlewski przedstawia *a*) Maryę M. lat 20 liczącą, u któréj d. 8/II 1892 wykonano cięcie cesarskie, z powodu zwężenia miednicy trzeciego stopnia natury krzywicowéj. Operowano metodą Porry raz dla uniemożliwienia choréj powtórnego zastąpienia, a powtóre z powodu, iż macica b. słabo się kurczyła tak, iż zachodziła poważna obawa krwotoku. Płód urodzony, lekko omdlały, ważył około 3400 grm. Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy. Chora nie gorączkowała wcale. Rana per primam zagojona. Szypuła odpadła dnia 6/III, więc w 4 tygodnie po operacyi.

W dyskusyi zabrał głos kol. Skałkowski upatrując przyczyny późnego oddzielenia się szypuły w tém, iż nieużyto do obsypania takowéj proszku osuszającego, jakiego zawsze używają w klinice prof. Chrobaka, gdzie szypuła oddziela się najdaléj do dni 14.

b) Anastazyę H. lat 34 liczącą, rekonwalescentkę po dobrowolném pęknięciu macicy (*ruptura uteri spontanea*). Chora ta była po raz 3 w ciąży a poprzednie porody odbyły się prawidłowo i łatwo. Rozdarcie macicy, z którem chora już do zakładu przybyła d. 3/II, nastąpiło po 10 godzinnem zaledwie trwaniu porodu, podczas którego bóle miały być zupełnie prawidłowe, a przeszkody w drogach porodowych niebyło żadnéj. Zdaje się niewątpliwą rzeczą, że przyczyną pęknięcia było zaniedbane położenie poprzeczne albo ukośne. Rozdarcie znachodziło się w tylnéj i bocznéj lewéj ścianie szyi macicznéj, a nadto sklepienie przednie i boczne lewe było częścią podłużnie częścią poprzecznie porozdzierane. Chora blada, tętno małe przeszło 120 na minutę. Macica zupełnie próżna, dobrze skurczona, leżała od przodu, po za nią leżał płód z łożyskiem w jamie znajdującéj się pomiędzy rozdartą warstwą mięsną szyi macicznéj a nienaruszoną otrzewną, która przez występujący z jamy macicy płód całkiem od warstwy mięsnéj oddzieloną i odsuniętą została. Pękniętą więc była tylko warstwa mięsna. Z tego względu nierobiono laparotomii. Wyjęto płód za nóżkę, wyjęto łożysko i skrzepy krwi, polecono lód na brzuch, podano opium i *excitantia*. Drenowania gazą jodoformową zaniechano, ażeby wszelkiéj możliwości zakażenia rany uniknąć. Chora od drugiego dnia począwszy gorączkowała przez 3 tygodnie wysoko, wśród czego wytworzył się znaczny eksudat *in cavo Douglasi*. Następnie gorączka ustąpiła, eksudat uległ wessaniu, a chora jest obecnie zupełną rekonwalescentką.

W dyskusyi zabrał glos kol. Skałkowski, którego zdaniem jamę bezwarunkowo powinno się było drenować, szczególnie ze względu na to, ażeby odchody połogowe do téj jamy się niedostawały; następnie kol. Wehr, który ze stanowiska chirurgicznego jest za tem, aby ran w jamie brzusznéj nie drenować, jeżeli jest pewność, że niezostały zakażone. Wreszcie zabierali głos koll: Edward Sawicki, Krokiewicz, Rosenbusch, Obtułowicz i Godlewski.

2) Kol. Mukowicz przedstawia preparat jelita po resekcyi przed 7 miesiącami wykonanéj. U choréj wykonał kol. Mukowicz w sierpniu 1891 r. resekcyę jelita cienkiego z powodu przetok kałowych, chora opuściła szpital wyleczona, z końcem marca 1892 r. zgłosila się do szpitala z gruźlicą płuc i jelit i w kilka dni życie zakończyła. Przy nekroskopii, wykonanéj przez prof. Feigla, z trudnością udało się znaleść miejsce po zeszyciu, przedstawiające się jako zaledwie widzialna wąziuchna linijka na otrzewnéj, błona śluzowa zrośnięta zupełnie bez blizny, na kresce również podwiązania jéj i zeszycia wykonanego podczas resekcyi niema, światło jelita w tem miejscu zupełnie równe do dalszych części, mimo to że przy resekcyi wskutek szwu Lemberta pewne wgłobienie ścian ku światłu nastąpić musiało.

Dr. Stahlberger, sekretarz.

VI. posiedzenie z dnia 23 kwietnia.

Przewodniczący kol. Dębicki — członków obecnych 20.

1) Kol. Ziembicki przedstawia *a*) chorą po operacyi wola kolosalnych rozmiarów, który przez ucisk na naczynia wywołał rozszerzenie żył na szyi, ramieniu, klatce piersiowéj, następnie duszność silną. Mimo iż chora miała wadę sercową, wykonał kol. Ziembicki wyłuszczenie wola a wzwyż wymienione objawy ustąpiły. *b*) Chorego, u którego z powodu znacznego zwężenia cewki moczowéj i kilku przetok, wykonał uretrotomię zewnętrzną z kompletnem zeszyciem, i uzyskał zagojenie przez rychłozrost. *c)* Chorą po operacyi przetoki pochwowo-pęcherzowéj, u któréj do szycia używał srebrnego drutu. Drut przedarł jakieś naczyńko, skutkiem czego powstał dość gwałtowny krwotok do pęcherza. Ze względu na dokładność szwów pochwowych, które chciał zachować, zdecydował się kol. Ziembicki na *sectio alta*. Po otwarciu pęcherza krwotok natychmiast ustał, powyjmowano skrzepy, i przepłukano pęcherz.

Kol. Ziembicki nadmienia, że krwotoki przy szyciu drutem przydarzają się wcale często. Przeglądał odpowiednią literaturę i nieznalazł wzmianki o częstości krwotoków przy tych operacyjach, a na zdanie Hegara, jakoby te krwotoki były wywołane błędem operacyjnym, żadną miarą godzić się niemoże.

2) Kol. Kadyi kończy wykład „o organizacyi komórki“, który w całości pojawi się w „Kosmosie“

Dr. Stahlberger, sekretarz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 grudnia. Od Komitetu pamiątkowéj tablicy dla ś. p. prof. Kopernickiego otrzymujemy następujące pismo:

Będąc już na śmiertelnem łożu wyraził ś. p. prof. Izydor Kopernicki życzenie, ażeby pogrzeb jego odbył się bez mów i wieńców. Instytucyje naukowe, w których on położył tyle zasług, czyniąc zadość ostatniéj woli zmarłego, postanowiły w sposób trwalszy uwiecznić pamięć tyle zasłużonego uczonego i obywatela.

Na posiedzeniu 16 grudnia 1891 r. uchwaliło Towarzystwo lekarskie krak. wystąpić z projektem, ażeby wspólnie z Akademiją Umiej. i Wydziałem lek. U. J. zostala wmurowaną w kościele św. Anny pamiątkowa tablica, wraz z portretem śp. prof. Kopernickiego. Obie te instytucyje przyłączyły się z największą ochotą do tego pomysłu i wybrały delegatów do wspólnego komitetu, w skład którego weszli: prof. Dr. S. Smolka, sekretarz stały Akad. Umiej., prof. Dr. St. Domański i Dr. A. Kwaśnicki, sekretarz stały Tow. lek. krak. W drodze składek uzyskano fundusz, który umożebnił wykonanie przedsięwziętego dzieła, i w tych dniach została już osadzoną pamiątkowa tablica w nawie lewéj, naprzeciw pomnika Kopernika.

Tablica wykonaną jest z czarnego belgijskiego marmuru, ma wysokości 1·30 m., szerokości 0·65 m., zdobi ją portret śp. prof. Kopernickiego, pędzla prof. Cynka, wykonany na miedzi w złoconem polu i przedziwnie uprzytomnia tak swojskie, a tak sympatyczne rysy nieodżałowanego profesora. Ornamenta bronzownicze wykonał p. Kopaczyński, a napis wyrzeźbiono w pracowni p. Szczerbuly.

Tablica harmonizuje z całością architektury kościoła św. Anny, a powagą stylu odpowiada naukowemu i społecznemu znaczeniu zmarłego, jak niemniéj instytucyj, które tym pomnikiem uwieczniły pamięć zasłużonego swego członka.

Wreszcie komitet wyraża najgłębszą wdzięczność WP. architekcie Stryjeńskiemu, który nietylko zaprojektował rysunek tablicy, lecz z największą gotowością udzielił swéj pomocy cennéj a bezinteresownéj w pośredniczeniu między majstrami a komitetem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 7-go grudnia b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali „Śniadeckich“ (*Collegium novum* I piętro). — Porządek dzienny: 1) kol. Browicz poda wyniki badań, jakie mu nastręczyła tegoroczna epide-

mija cholery w Krakowie; 2) kol. Madejski omówi rzecz o wartości antiseptycznéj wyskoku; 3) kol. Wachholz będzie mieć odczyt „O samobójstwie wogóle a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w ciągu ostatnich lat jedenastu ze stanowiska sądowo-lekarskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Halban.

Do Nru niniejszego dołącza się ogłoszenie o Szczawnicy.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 10 Grudnia 1892. Nr. 50.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dr. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O działaniu przeciwpotnem *Extracti fluidi Hydrast. Canadensis* u gruźliczych.

Napisal

Dr. Bronisław Olszewski, sekundaryusz tegoż oddziału.

Niejednokrotnie lekarz wezwany do łóżka chorego znajduje się w tem niemiłem dla siebie położeniu, że w przypadkach, w których nie może już być mowy o uleczeniu chorego, chociażby przynajmniej chciał zmniejszyć lub pokonać jego końcowe cierpienia, i usunąć z jego umysłu smutną rzeczywistość, to przecież i temu, chociaż zdawałoby się tak łatwemu zadaniu nieraz podołać nie może i czuje dotkliwie swą bezsilność i bezradność. Kto widział w ostatnich chwilach życia chorych na gruźlicę, tych Łazarzy XIX wieku, bo każdy przyzna przeglądając statystykę śmiertelności, że choroba ta czyni z biegiem lat niestety ogromne postępy, to zgodzi się, że bezsprzecznie do najprzykrzejszych objawów gruźlicy należą poty.

Wszystkie inne objawy można choremu jakoś wytłómaczyć: wierzy on, że kaszel jest rzeczą przemijającą a chwilową, i chrypka lub ból gardła pochodzą z zaziębienia, i duszność i osłabienie — a jeżeli się żali ciągle na co, to będą to z pewnością poty, które nie tylko, że kłopoczą i nużą otoczenie chorego — ale i pacyentowi nie dają spokoju, odbierają mu sen a przez to go osłabiają i wyniszczają.

Z żadnym objawem gruźlicy nie dają się one porównać, chyba tylko jedynie z krwotokami, które zarówno przestraszają i ubezwładniają chorego.

Dla tego też sądzę, że nie tylko się ten dobrze zasługuje ludzkości, który bada i docieka przyczyny danéj choroby, by ją mógł doszczętnie usunąć — ale i ten także, który stara się zwalczyć choćby i jeden objaw nieuleczněj choroby, choćby i jedną plagę dręczącą chorego.

Chęć znalezienia takiego środka przeciwko potom było dla mnie pobudką do przedsięwzięcia badań z *extractum fluidum hydrastidis canadensis*, zachwalanem przez Dr. Crose'go, z Raucha w Kurlandyi, który podając pomieniony wyciąg przeciw krwotokowi płucnemu u suchotnika, dostrzegł przypadkiem, że obfite poty, jakie miewał przedtem, ustały, a chory chociaż mowy być nie mogło o wyleczeniu, ani też przedłużeniu dni jego — to przecież czuł się silniejszym i rzeźwiejszym.

Dr. Cruse czynił dalsze nad tym środkiem spostrzeżenia a krótkie doniesienie podał w niedługim czasie w *Berliner Klin. Wochenschrift* Nr. 22 R. 1891.

I w naszym oddziale poczęto używać od tego czasu pomienionego środka, i przekonano się, że jest środkiem dzielnym prawie niezawodzącym, a przytem nie wywołującym u pacyjentów żadnych ubocznych objawów.

Nim jednak przejdę do właściwych spostrzeżeń i wyników — niech mi będzie wolno chociaż w krótkości powiedzieć słów kilka o wspomnianym środku i jego ogólnem zastosowaniu w terapii.

Extractum Hydrastidis Canadensis fluidum otrzymuje się jako wyciąg z rośliny *Hydrastis Canad.* należącéj do rodziny *Ranunculaceae.*

W lecznictwie zapewnili mu wybitniejsze stanowisko pierwsi amerykańscy lekarze, bo już w r. 1883 ogłosili swoje wyniki i badania w tym kierunku.

Obecnie w miejsce *Extractum* używają i polecają alkaloid w niem zawarty t. z. *Hydrastininum muriaticum.*

Najrozleglejsze zastosowanie znalazł środek ten w chorobach kobiecych, we wszelkiego rodzaju krwotokach z części rodnych u kobiet i tak: Falk, Landau, Wilesx polecają go w najrozmaitszych krwotokach macicznych, a zwłaszcza, gdy je wywołują małe włókniaki, *Pyosalpinx, endometritis*, daléj przeciw zbyt obfitéj regularności; Jordan zauważył dobry skutek w *Dysmennorrhoea membranacea* itd.

Lecz nietylko w krwotokach z części rodnych podajemy *Extr. fl. Hydr. Canadensis* z dobrym skutkiem, ale także

wobec krwotoków z płuc, z przewodu pokarmowego, wśród *morbus macul. Werlhofi* itd. Felsenburg nadto zaleca go w *Pharyngitis chronica* i innych podobnych chorobach błon śluzowych, np. pochwy.

Co do działania fizyjologicznego, to wywołuje *Extr. fl. Hyd. Canadensis* kurczenie się naczyń przez zadrażnienie ośrodków naczynio-ruchowych, a nadto podnosi ciśnienie krwi.

W szpitalu na oddziale chorób wewnętrznych (tutaj niech mi będzie wolno złożyć serdeczne podziękowanie prof. Dr. Pareńskiemu za pozwolenie korzystania z materyału, jakoteż za cenne kierownictwo i radę) wykonywaliśmy doświadczenia nad pomienionym środkiem od września r. z. aż do chwili obecnéj i podawaliśmy go w 93 przypadkach, z których 55 przypada na mężczyzn, a reszta, tj. 38 na kobiety. Wyciągu używaliśmy takiego jak go przepisuje farmakopea austr.

W przebiegu gruźlicy i to gruźlicy w ostatniem prawie jéj okresie (bo tacy chorzy przeważnie zgłaszają się do szpitala) podawano *Extr. fl. Hydr. Canadensis* w 73 przypadkach, a reszta, tj. 20 spostrzeżeń przypada na inne choroby, jak: *Endocarditis* (5). *Bronchitis* (2), *Emphysema* (1), *Pleuropneumonia cr.* (2) *Exsudatum pl.* (3), *Pleuritis post Influenzam* (1), *Nephritis* (2), *Polyarthritis* (1), *Metrorrhagia* (2).

Że wspominam o tych przypadkach, pochodzi to stąd, iż chcieliśmy się równocześnie przekonać, czy również skutecznie działa jako środek przeciwpotny w przebiegu innych spraw chorobowych, oraz czy nie wywołuje jakich nieprzyjemnych a groźnych objawów, jakby łatwo można było się przekonać wobec wad sercowych.

Idąc dalej w tym kierunku możemy powiedzieć, że wśród *Intermittens* przy podawaniu tego leku występuje widoczne działanie zmniejszające poty w 8—10 dni.

W jednym przypadku po przebyciu zapalenia płuc z zapaleniem opłucnéj skarżył się chory na ciągłe poty; dodatniego działania z podawania *Extr. fluid.* nie było w tym przypadku; przypisuję to jednak zbyt krótkiemu podawaniu, chory bowiem po dwóch dniach opuścił szpital. W drugim podobnym przypadku, gdzie chory uskarżał się na nader obfite poty trapiące go w dzień i w nocy, po jednorazowem podaniu 30 kropel na noc wystąpiła z początku znaczna poprawa, a w końcu zupełne zniknięcie potów.

Marya S. jakoteż Antoni R. w przebiegu *Exsudatum pleurit.* cierpieli obfite poty, które ustąpiły wkrótce podczas podawania codziennego po 30 kropel na noc, w trzecim zaś przypadku u Jędrzeja P. zauważyliśmy tylko nieznaczną poprawę.

Poty występujące niekiedy w przebiegu zapalenia ostrego lub przewlekłego stawów również znikają, jak to wykazuje historya choroby Heleny N, i Piotra M., u których rozpoznanie brzmiało *Polyarthritis rheum. ac. in ind. c. Endocarditide mitrali.*

W wadach serca, jak zastawki dwudzielnéj (3 przypadki) i zastawkach aorty (1 p.) podawano *E. fl. Hyd. Canadensis*, aby przekonać się, czy nie wpływa ujemnie na stan chorego — pomimo jednak skrzętnego badania tak stanu podmiotowego jak i przedmiotowego owych chorych, nie spostrzeżono ani nowych ani też zwiększenia się dawnych objawów wywołanych przez właściwą chorobę. Nawet w jednym przypadku, a mianowicie u Eisiga p. (*Insff. vlv. sem. aortae*), który to chory skarżył się na częste i dolegliwe poty — stwierdziliśmy po jednorazowem podaniu 30 kropel na noc nieznaczną poprawę, a po trzechkrotnem użyciu tychże kropel zupełne prawie ustąpienie.

Co do spostrzeżeń nad onemi 73 przypadkami gruźlicy, w których podawano *Extr. f. H. Canadensis* przeciw potom, to moglibyśmy się przekonać wśród téj dość długiéj bo blisko nocnéj obserwacyi, że jestto środek prawie pewny i skuteczny. We wszystkich przypadkach poty ustępowały albo zupełnie, albo pozostawiały tylko nieznaczne zwilgnienie skóry.

Niejednokrotnie mieliśmy do czynienia z chorymi na gruźlicę, których poty nietylko trapiły w nocy ale i w dzień nawet i w tych razach znikły one, po kilkudniowem podawaniu tego środka. Dreszcze, które zwykle poprzedzają poty gruźlicze, nie nikną po największéj części.

O ile daléj mogliśmy spostrzedz wśród obserwacyi, to jednorazowe podawanie 20—30 kropel na noc jest niewystarczające, chyba że mamy przed sobą obraz gruźlicy w początkowym okresie, a poty niewielkie: natomiast dwu a nawet trzykrotne podawanie po 25—30 kropel dziennie jest zupełnie dostatecznem, aby poty zniknęły po kilkudniowem używaniu. Pozwolę sobie zaznaczyć, iż według mnie należy nieco indywidualizować przy podawaniu *Hydrastis*, gdyż czasem wystarczy jednorazowe podanie (30 kropel), innym znów razem częściéj należy podawać przez dzień lek pomieniony stosownie do okresu choroby i nasilenia potów. Jeżeli już poty ustąpiły i nie ma ich przez dni kilka, to można środek ten usunąć; i teraz należy obserwować, bo w jednych przypadkach stale lub na dłuższy przeciąg czasu ustępują w innych zaś: (dość często) po 5—10 dniach powracają — słowem nie mogę się zgodzić z twierdzeniem Crusego, że po zażywaniu przez pewien czas tego środka poty nikną na zawsze. Owszem powracają one niejednokrotnie i w tych razach trzeba *Hydrastis* podawać na nowo.

Przeglądając historye choroby znalazłem tylko u trzech wynik ujemny po podawaniu *Extr. Hydr.* i tak 1) Józef F. zażywał przez dziesięć dni końcowych *Extractum* z wynikiem ujemnym; 2) Józef Fa... przyjęty z powodu zimnicy pozostawał blisko miesiąc na oddziale dla równoczesnéj gruźlicy, a poty nie zniknęły po zażywaniu po 20 kropel na noc i 3) Stanisław P. przez 20 dni.

Nie przypisuję jednak wyniku ujemnego samemu środkowi pomienionemu, ponieważ w pierwszym razie podawano u gruźliczego w 10 ostatnich dniach jego życia, trudno więc przypuścić, aby w takim już stanie cośkolwiek pomódz mogło; w drugim podawano zanadto małą dawkę w stosunku do nasilania saméj choroby i potów; pozostaje nam jeszcze rozprawić się z trzecim przypadkiem. Tutaj mieliśmy do czynienia z daleko posuniętą gruźlicą, z ciągłemi krwotokami tak, że nie tylko z potami ale i z krwotokiem nie mogliśmy dać sobie rady, a chory w kilkanaście dni życie zakończył.

Gdybyśmy nawet wzięli w rachubę te trzy przypadki z wynikiem ujemnym, to w każdym razie pozostaje nam 70 chorych, u których *Extr. Hydr. Canadensis* dobrze i skutecznie działało tak, że słusznie może nosić nazwę środka przeciwpotnego u gruźliczych.

Wypada mi jeszcze dodać, że śmiało można środek ten podawać z powodu, że nie wywołuje żadnych ubocznych objawów nawet u ciężko chorych, kiedy już mamy i prze-

wód pokarmowy zajęty gruźlicą, ani ze strony serca, ani ze strony przewodu pokarmowego; co się zaś tyczy samych płuc, to także sądzę, że nie tylko może być nieszkodliwym, lecz owszem może nawet być skutecznym, bo sprowadzając kurczenie się drobnych naczyń zapobiegać może w niejednym przypadku krwotokom, jakieby powstawały wskutek pękania tychże.

Jeżeli miałbym środkowi omawianemu coś do zarzucenia, to, że jest smaku nieszczególnego, jednakże można go znieść przez podanie choremu zaraz po zażyciu troszki wina lub kawy.

Zresztą mężczyźni nie żalili się nigdy przy zażywaniu środka tego, kobiety tylko niekiedy, a nawet dwie z nich dostawały wymiotów, tak że u nich zaprzestać musiano podawania na czas jakiś. Tłomaczę to sobie jednak wyjątkowym wstrętem do leków, na jaki często się natrafia zwłaszcza u nerwowych i histerycznych.

Zresztą były to tylko dwa przypadki na 93, więc ich nawet w rachubę brać nie należy, tembardziéj, że później dały się łatwo przekonać i środek ten chętnie przyjmowały bez żadnych ubocznych objawów.

Pozyskaliśmy więc w *Extr. Hydr. Canadensis* środek dzielny, prawie pewny i przynoszący ulgę choremu, który nie może iść w żadne porównanie z tak niepewnemi w działaniu lekami jak: *Atropinum*, *Kali telluricum*, *sulfonal*, *acid. agaricinicum* itd., a który mogę, opierając się na powyższych wynikach, śmiało polecić do szerszego zastósowania.

III. Oceny i sprawozdania.

Choroby wewnętrzne.

Landau (Frankenburg): **Struma acutissima.**

Nauczyciel w średnim będący wieku, dobrze zbudowany o małym wólu (objętość szyi 44 cm.) odbył męczącą drogę spinając się po skałach w Szwajcaryi aż do wysokości 2400 mtr. po nad p. m. Na drugi dzień po marszu spostrzegł, iż wól nagle rośnie i w przeciągu 48 godzin doszedł do znacznych rozmiarów a objętość szyi aż do 50 cm. Wól składał się z dwóch płatów, z których lewy był większy, żyły na nim były rozszerzone. Tak nagły wzrost istniejącego wola jest, zdaje się, rzeczą nadzwyczaj rzadką, L. bowiem w całej mu dostępnéj literaturze podobnego przypadku znaleść nie mógł, prócz opisu epidemii wola w r. 1820 pośród wojska pruskiego na Szląsku. (*Hufelands Journal*). Ludność okolic, które ów nauczyciel przebył, dotknięta jest jak w ogóle ludność górska wolem, co niektórzy znacznéj zawartości soli wapniowych w wodzie przypisują, a być może, że i grunt formacyi wapiennéj jest korzystniejszym dla rozwoju pasorzytów wola. Nie ulega także wątpliwości, że forsowne spinanie się po górach, skutkiem powiększenia się ciśnienia krwi przyczynić się musiało do powiększenia wola. Przypadek ten przemawia także za teoryją, tłomaczącą powstawanie wola porażeniu nerwów naczynioruchowych. — Leczenie bowiem prądem przerywanym uwieńczone było znakomitym skutkiem. Po 10 posiedzeniach wól zmniejszył się o 4 ctm. w obwodzie. Jestto pierwszy przypadek wola leczony prądem przerywanym. Mayer i Duchenne używali prądu stałego, chcąc wywołać działanie katalytyczne. (*D. m. Wschr.* N. 42, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby dzieci.

Z. Szydłowski: **Przyczynek do wiadomości o enzymie sernikowym u osesków.**

Do ważnych czynników trawienia w żołądku osesków należy zaczyn wywołujący wydzielanie się sernika z mleka. Własności tego zaczynu, inaczéj enzymem lub fermentem serikowym zwanego, mało są dotychczas znane. Według przyjętych obecnie zapatrywań żołądek wydziela obok zaczynu jeszcze pewną istotę do fermentu zbliżoną, podobnych własności ze względu na trawienie mleka, jakie posiada propepsyna ze względu na trawienie istot białkowatych. Ciało to nazwane przez Klemperera „proenzym“ odznacza się wielką odpornością przeciw działaniu zasad i wysokiéj ciepłoty, Boas nadaje mu miano zymogenu sernikowego, który pod wpływem kwasu solnego przechodzi w zaczyn sernikowy i strąca sernik. Zdaniem tego badacza w żołądku niezawierającym kwasu solnego znachodzi się tylko zymogen sernikowy. W sprzeczności z tem twierdzeniem stają prace Johannezena, który w żołądku rakowatym niewydzielającym kwasu solnego wykrywał ferment sernikowy.

Sprzeczność tych poglądów dała autorowi powód do zajęcia się bliższem zbadaniem własności tych zaczynów w żołądku. Badania te doprowadziły do następujących wyników: W każdym żołądku nawet czczym znajduje się zaczyn sernikowy jako taki, a więc do wytworzenia się go nie potrzeba obecności kwasu solnego. Niekiedy uwidocznia się jego działanie dopiero po dodaniu rozczynu chlorku wapniu. Wiek dzieci nie wpływa na obecność fermentu, znaleść go bowiem można u dzieci już w 7 godzin po urodzeniu. Odnośnie do proenzymu a względnie zymogenu sernikowego, nie należy go uważać za postać przygotowawczą zaczynu, a przypadki, gdzie treść żołądkowa dopiero po zmięszaniu jéj z rozczynem chlorku wapnia strąca sernik, pojmować należy w ten sposób, że sok żołądkowy zawiera tak małą ilość enzymu sernikowego, że działalność jego uwidocznia się dopiero po dodaniu do mleka rozczynu soli wapniowych. Przemawia za tem ta okoliczność, że sernik strąca się łatwiéj z mleka surowego, aniżeli z gotowanego. Rodzaj mleka wpływa wybitnie na tworzenie się sernika, gdy bowiem mleko krowie daje strąt sernika zbity, w mleku kobiecem powstaje strąt wiotki, kłaczkowaty. Treść żołądkowa niesączona nadaje się lepiéj do badań, wywołując rychléj i obfitszą kazeifikacyję, zkąd przypuszczenie, że cząstki zaczynu sernikowego są objęte przez wytworzony sernik i w pewnéj tylko części przechodzą do przesączu. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* Nr. XXXIV). *Dr. L. Korczyński.*

Cassel (Berlin): **Ostre zapalenie otrzewny u noworodków.**

Objawy cechujące zapalenie otrzewny u dorosłych odniesione do noworodków mają wartość bardzo problematyczną wobec tak często się zdarzających u nich chorób narządu trawienia, ztąd też rozpoznanie téj choroby jest nader trudne a często nawet zostaje przeoczone. Autor opisuje 3 przypadki zapalenia otrzewny u noworodków w wieku od 12 do 21 dni, w których cierpienie to rozpoznał za życia na tle ostrego zapalenia kiszek, co sekcyja stwierdziła. Wczesne rozpoznanie komplikacyi téj jest bardzo ważne tak co do rokowania jak i leczenia, a głównie zdaniem autora należy zaraz w chwili wystąpienia ostrego zapalenia kiszek zmienić mamkę. (*Berl. kl. Woch.* 1892, Nr. 42). *Dr. Komorowski.*

Choroby skórne i kiłowe.

Jadassohn: **Leczenie rzeżączki zapomocą ichtyolu.**

Wyniki ze spostrzeżeń autora są następujące:

1) Tylna część cewki u mężczyzny, jakoteż cewka i kanał szyjki macicznéj u kobiety znoszą rozczyn 1—5% ichtyolu bardzo dobrze. Ostatniemi czasy u mężczyzn stosowano nawet bez bólu, tak w *urethritis ant.* i *post.* 20% rozczyn u kobiet zaś czysty ichtyol. U kobiet dodawano zazwyczaj 10% gliceryny. Jednoprocentowy rozczyn nie sprawia zazwyczaj żadnego palenia, a jeżeli się powoli dawkę zwiększa, cewka wkrótce do leku się przyzwyczaja i palenie tylko krótko trwa. J. nawet w praktyce prywatnéj nie potrzebował skutkiem dolegliwości podmiotowych zmieniać leku i leczenia przerywać. Mniejsza czułość tylnéj części cewki jakoteż błony śluzowéj cewki u kobiet, pozwala w przypadkach chorobowych tychże części używać silniejszych rozczynów.

2) Jednoprocentowy rozczyn posiada bezsprzecznie własności lecznicze w rzeżączce. Gonokoki szybciéj znikały

z wydzieliny, aniżeli po stosowaniu resorcyny, sublimatu i nadmanganezianu potasowego. W niektórych nielicznych przypadkach gonokoki nie ustępowały, zdarza się to jednak często i podczas stosowania innych wypróbowanych środków przeciw tryprowi.

3) W większej liczbie przypadków ilość gonokoków zmniejszała się stale i nawet po przestaniu leczenia więcej się nie powiększała.

4) Ichtyol zamienia w krótkim czasie wydzielinę ropną na surowiczą a w preparatach mikroskopowych widzi się znaczną ilość komórek przybłonkowych. Właściwość ta jest bardzo ważną, albowiem przez złuszczenie się powierzchownéj warstwy przybłonka środek ma łatwiejszy przystęp do głębszych ognisk gonokoków.

5) Plamy z ichtyolu łatwo można wyprać z bielizny w rozczynie 1% nie ma środek ten przykrej woni a nadto jest on obecnie bardzo tani.

Z doświadczeń wykonanych w klinice Neissera w Wrocłowiu przekonać się można, że tylko azotan srebrowy dorównać może w skuteczności ichtyolowi. Przedewszystkiem zaś u kobiet, gdzie możemy stosować daleko silniejsze roztwory, niż u mężczyzn, ichtyol w leczeniu trypra nie da się łatwo zastąpić. (Odb. z *Deutsche med. Wochsft. 1892)*.

Dr. Mendelsburg.

Choroby nerwowe.

Władysław Gajkiewicz: **O drzeniu histerycznem** (*Tremor hystericus*).

Pomiędzy licznemi objawami histeryi jednym z częstych są drzenia t. zw. histeryczne. Występują one w kilku postaciach, a Rendu i Pitres dzielą je na trzy grupy: 1) Drzenia wibracyjne, szybkie (8—10 drgnień na sekun.) Występują one głównie w spokoju, a zwiększają się pod wpływem wzruszeń. 2) Najczęstszem jest t. z. *Tremblement trepidatoire* polegające na zginaniu i wyprostowywaniu jednéj z kończyn. 3) Do najrzadszych należy drżenie występujące przy ruchach dowolnych. Co do rozciągłości drżenia histerycznego, to może być ono ogólnem, zajmujące wszystkie mięśnie ciała, lub ogranicza się do pojedynczych grup mięśni, i tak odróżniamy typ hemi- para- i monoplegiczny w miarę tego czy jedna strona ciała, same kończyny dolne lub górne, albo tez jedna tylko kończyna objaw ten okazują. W histeryi napady takiego drzenia występują nagle wywołane najczęściéj gwałtowniejszem jakiem wstrząśnieniem tak psychicznem jak i fizycznem, a co do form, to u jednego i tego samego chorego możemy się spotykać ze wszystkiemi wyż wymienionemi typami. Podobnież zachowuje się i natężenie tego objawu występujące bądźto łagodnie, bądź też tak gwałtownie, że uniemożliwia zajęcie się jakąkolwiek pracą. Ze spostrzeganych przez siebie przypadków przytacza autor sześć spostrzeżeń, w których drzenie było tak silnem, że stanowiło najważniejszy powód skarg chorych.

Przypadek 1. U osoby w wysokim stopniu nerwowéj, u któréj widywano najróżnorodniejsze przypady maciennicy, wystąpiło nagle, bez jakiegokolwiek widocznego powodu drzenie o typie połowiczym i trwało w postaci napadu 6 godzin. Gdy po 2 tygodniach chora dostała miesiączki, drżenie powróciło, zajmując tym razem obie górne kończyny. Po silnych wzruszeniach, w czasie miesiączki, niekiedy przy oddawaniu moczu, gdy chora spostrzegła, że jest obserwowaną zwiększało się drzenie i zajmowało także kończyny dolne, wargi i język. Z innych objawów histeryi znaleziono znieczulenia w różnych częściach ciała, skurcze w pojedynczych grupach mięśniowych, jąkanie, chwilową niemotę, a nawet zaburzenia w stanie psychicznym. Leczenie polegało na odosobnieniu choréj, stosowaniu prądu galwanicznego i zabiegów wodoleczniczych i dało wynik pomyślny.

Przypadek 2-gi. Do objawów histeryi w tym przypadku należały głównie przeczulica, ból jajników i ścieśnienie pola widzenia. Drżenie występowało chwilowo, znikało w spokoju i we śnie, pod wpływem podskórnych wstrzykiwań ezeryny lub po przyłożeniu magnesu, zajętą była zawsze tylko lewa połowa ciała.

Przypadek 3-ci jest przykładem histeryi u mężczyzny. Drżenie występowało w postaci napadów rozpoczynających się w kończynie górnéj lewéj, a rozszerzało się na wszystkie cztery kończyny, twarz i język. Leczenie jak w przypadku pierwszym dało dobre wyniki.

W przypadku 4-ym drżenie zajmowało kończynę górną prawą i dolną lewą, niekiedy występowały skurcze kończyn dolnych tak, że chora mimowoli na przemian przyklękała i wstawała. I w tym przypadku nie brakło innych objawów wskazujących na histeryję.

Przypadek 5-ty. Drżenie wystąpiło w kończynie górnéj prawéj w tak wysokim stopniu, że chora ręką tą zupełnie posługiwać się nie mogła. Z rzadszych objawów histeryi stwierdzono rumień nerwowy i powstawanie dobrowolne wybroczyn bez jakiéjkolwiek przyczyny zewnętrznéj, pod wpływem wzruszeń moralnych.

Przypadek 6-ty. Na uwagę zasługuje ta prócz drżenia w kończynach jeszcze *retro i latero pulsio i angina pectoris hysterica*, które to dwa objawy nie tak często dają się spostrzegać w maciennicy. (*Gazeta lekarska* Nr. 30, 1892).

Dr. Lubomił Korczyński.

Choroby umysłowe.

Magnan (Paryż): **Myśli przymusowe treści zbrodniczéj.** (*Obsession criminelle morbide*).

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Tak zwana kleptomanija z przymusu zdarza się rzadko. A i tutaj zauważa się walkę wewnętrzną z przymusem, objawiającą się niepokojem, biciem serca i t. d., wreszcie ulgę znaczną po spełnieniu przymusowéj czynności. Przymus kradzieży odnosi się albo do przedmiotów dowolnych lub przedmiotów pewnego tylko rodzaju i tak n. p. lekarz pod wpływem przymusu kradnie swym pacyjentom zegarki, urzędnik zabiera przyjaciołom łyżki srebrne a potem je zwraca. U dziedzicznie nerwopatycznie usposobionych kobiet występuje czasem chęć do kradzieży w okresach ciąży, połogu i karmienia; kobiety te tłomaczą się, iż one kraść nie chciały, uległyby jednak ciężkiemu smutkowi, gdyby przymusowemu popędowi się sprzeciwiły. Przeciwieństwo kleptomanii stanowi kleptofobia t. j. przymusowa obawa, zniewalająca stale do przepatrywania własnych kieszeni celem przekonania się, mimo zupełnéj samowiedzy niewinności, czy się przypadkiem otoczeniu przedmiotu pewnego nie zabrało potajemnie.

Rzadko zdarza się popełnienie podpalenia wskutek myśli przymusowéj a i tutaj człowiek dotyczący walczy z przymusem i doznaje ulgi po spełnieniu czynu. Pyromaniję spotyka się u dzieci, jak to zauważył prof. Plattner z Lipska, spotyka się ją często u niedołężnych (*paralysis progressiva, idiotismus, epilepsia, melancholia nostalgica* i t. d.), lecz w tych razach nie spostrzega się u sprawcy pożaru żalu i smutku, również samowiedzy czynu; często istnieje u tych ludzi banalny i drobnostkowy motyw do spełnienia zbrodni, również nie doznają ci ludzie ulgi po spełnieniu czynu.

Myśli przymusowe zniewalające do przewrotnego zaspokojenia popędu płciowego zdarzają się wcale często. Celem zapoznania się z tym rodzajem myśli przymusowych, trzeba zapoznać się z podziałem zboczeń popędu płciowego, podanym przez dra Magnana.

Najmniéj zajęcia budzą dla medycyny sądowéj ludzie dotknięci pojedynczym t. j. tylko rdzeniowym odruchem płciowym, mającym swe siedlisko w „centrum genitospinale“ Budgego. U tych wydarzają się albo stany pobudzenia płciowego tak zwanego *„orgasmus“*, lub przeciwnie stany obniżenia pobudliwości płciowéj. W każdym razie mózg nie bierze udziału w zboczeniu, chory ma przeświadczenie swego patologicznego stanu i nie popadnie w konflikt z obowiązującym kodeksem. Idyjota zaś, który publicznie się

oddaje samogwałtowi, może budzić tylko interes dla władzy policyjnéj.

U ludzi, u których odruch płciowy przechodzi z kory mózgowéj płatów potylicznych do ośrodka rdzeniowego, powstaje na widok osoby płci przeciwnéj instynktowny *orgasmus* bez względu na urodę lub brzydotę osoby płci drugiéj. I tak n. p. kobieta zamężna, matka pięciorga dzieci czuje już od lat dziesięciu tak znaczny popęd płciowy, iż zmuszoną jest *ad coitum* się ofiarować każdemu mężczyźnie, którego na ulicy spotyka bez względu czy on wydaje się jéj być sympatycznym lub nie. Mając dokładne przeświadczenie haniebnego przymusu, kilkakrotnie poważyła się owa kobieta targnąć na własne swe życie, mimo to w okresach czasu między zamachami samobójczemi przymusowi folgowała. Mąż jéj poczynił już kroki urzędowe celem uzyskania rozwodu, pouczony jednak o stanie swéj żony zamiast do sądu zwrócił się o pomoc lekarską do autora.

Zdarzają się wreszcie ludzie, u których punkt wyjścia odruchu płciowego stanowi kora mózgowa płatów czołowych, a zatem ludzie całkiem pod względem punktu wyjścia odruchu normalni, lecz gdy u człowieka prawidłowego pewna myśl, uczucie lub skłonność rodząca się w korze płatów czołowych wpływa na ośrodek płciowy w rdzeniu w sposób taki, aby zadosyć uczynić popędowi utrzymania rodzaju, to u tych ludzi myśl, uczucie lub skłonność owa jest fałszywą i przewrotną. Kobieta 29 letnia czuje przymus do spółkowania z trzynastoletnim swym siostrzeńcem; na widok jego doznaje uczucia rozkoszy, którego zwalczyć nie ma siły, wzdycha, porusza żywo gałkami ocznemi, rumieni się w twarzy, doznaje drgawek i wydzielenia śluzu w pochwie. Czasem odczuwa tylko popęd do przyciśnięcia dziecięcia do siebie.

Czasem uczucie lub skłonność psychiczna może się skierować do osób płci téj saméj i wtedy występuje zboczenie popędu płciowego zwane przez Westphala przeciwnem, przez autora i Charcota zwane odwróceniem poczucia popędu płciowego. W tych przypadkach zdaje się niejako istnieć mózg kobiecy w męskiem ciele u mężczyzny, lub odwrotnie u kobiety. W tenże sam rząd należy policzyć chorych nazwanych przez Krafft-Ebinga fetyszystami (wielbiciele bielizny kobiecéj i t. d.), i ekshibicyonistów, zaspokajających swój popęd płciowy odsłanianiem swych części rodnych przed przechodzącemi kobietami. I antropofagów rząd ten obejmuje, a autor posiada w zakładzie św. Anny 21 letniego mężczyznę, który odczuwał przymus kąsania spotykanych na ulicy dziewcząt; aby przymusowi się oprzeć, kaleczył własne ciało i kawałki tegoż pożerał.

Sodomija t. j. obcowanie płciowe z zwierzętami rzadko bywa następstwem przymusowéj myśli, częściéj natomiast spotyka się u idyjotów i to po wsiach n. p. u pastuchów. Autor zna 22 letnią, dobrze wychowaną pannę, która na widok psa doznaje przymusu oddania się aktowi płciowemu z tymże pomimo wybitnie istniejącego u niej wstrętu. Mimo rozpaczy nie może uwolnić się od przymusu, choć czasem widok innego zwierzęcia, np. konia, przymus ten przygłusza i uspokaja.

U czwartej kategoryi ludzi, u których odruch płciowy tylko w płatach czołowych mózgu się odbywa z pominięciem ośrodka rdzeniowego, zdarza się miłość idealna, platoniczna, miłość erotomanów w pojęciu Esquirola.

We wszystkich tych przestępstwach i zbrodniach istnieje jeden motyw, t. j. nie dająca się zwalczyć myśl przymusowa. We wszystkich tych omówionych rodzajach przestępców istnieje wspólna przyczyna, t. j. zwyrodnienie sfery duchowéj a ta wspólna przyczyna stanowi, zdaniem autora, jedyną i pewną podstawę do studyjum lekarsko-sądowego myśli przymusowych, skłaniających ludzi do spełnienia zbrodni. *(Wien. med. Blätt.* Nr. 42 i 43, 1892).

Dr. Wachholz.

III. Ze sprawozdania jednego ze szpitali prowincyjonalnych.

Ponieważ w ostatnich kilku latach niejednokrotnie podnoszono zarzuty przeciwko naszym szpitalom prowincyjonalnym, że pomieszczenie ich w środku miast jest groźne dla sąsiedztwa, że szpitale nasze nie posiadają nowoczesnych urządzeń do wentylacyi i opalania, że nie są dostatecznie uwzględnione potrzeby chorych i że nareszcie z wyjątkiem niewielu szpitali niema w nich budynków izolacyjnych dla pomieszczenia dotkniętych zakaźnemi chorobami, uważamy za obowiązek podnieść te zarzuty i odpowiedzieć na nie.

Przedewszystkiem najczęściéj podnoszonym zarzutem jest ten, że większa część szpitali jest umieszczona w środku miasta, a zatem jest sąsiedztwem niepożądanem i niebezpiecznem. Zarzut ten wychodzi z różnych stron poważnych i zasługuje na zbadanie. Kto zna z bliska zdrowotne urządzenia prowincyjonalnych miast i miasteczek, ten natychmiast sprawę odwróci i zapyta, czy przypadkiem dla szpitali raczéj sąsiedztwo domów mieszkalnych nie mogłoby być szkodliwe. Zaprawdę potrzeba jaskrawych barw do odmalowania téj nędzy sanitarnéj, jaka roztacza się pośród brudnych zaułków ubogich dzielnic, gdzie biedna i ciemna ludność żyje w ciasnem skupieniu w lepiankach wilgotnych, bez podłogi a często z dziurawym dachem, gdzie niema wychodków, niema bruku, niema kanalizacyi, niema niczego, co nauka wskazała jako warunek publicznego zdrowia. Wobec tego sąsiad-szpital z urządzeniem zdrowotnem, a ciągłą uwagą lekarzy, z dezynfekcyją ścieków i ustępów, z odosobnieniem zakaźnych chorych, z pralnią chemiczną, szpital nad którym unosi się woń jodoformu i karbolu (co wrzekomo ma zanieczyszczać powietrze) jest chyba stroną nie krzywdzącą lecz krzywdzoną. Upatrywanie więc niebezpieczeństwa dla miasta w położeniu śródmiejskiem szpitala jest niczem nie uzasadnione. Większa część szpitali całéj Europy była zakładana wśród ludnych części miast, a kierowano się tradycyją lub wygodą i do dziś jeszcze szpitale umieszczone poza obrębem zaludnionych części miast należą w całéj Europie do wyjątków. W najnowszych dopiero czasach objawiła się dążność do usuwania szpitali za miasto, a kto wie czy jednym z powodów tego odśrodkowego ruchu nie jest okoliczność, że nowożytny szpital na zasadzie barakowéj zbudowany zbyt wiele potrzebuje zająć przestrzeni, aby wśród miasta mógł się swobodnie rozłożyć.

Broniąc centralnego położenia szpitali mamy na myśli zasadę, że położenie to samo przez się nie jest dostatecznym powodem, aby zakład gotowy, istniejący, z wielkim wydatkiem grosza publicznego stworzony, zamykać i z nowym wydatkiem za miasto przenosić, li tylko dla tego, że leży wśród miasta. — Nie ulega jednak wątpliwości, że przy tworzeniu nowych szpitali należy kierować się o ile można nową zasadą umieszczania szpitali w oddaleniu od domów mieszkalnych, przez wzgląd na interes samych szpitali, które w otoczeniu drzew i zieleni w wolnym przestworze swobodnie mogą się rozwijać. Zwracamy jednak uwagę, że takie pomieszczenie szpitali natychmiast pociągnie za sobą znaczniejsze wydatki, wskutek utrudnionego gospodarstwa i potrzeby utrzymania choć jednego stałego lekarza na miejscu, czego szpitale wśród miast położone nie potrzebują zupełnie. Utrudnioną będzie także kontrola i dozór naczelny nad zakładem.

Co do wygody chorych pamiętać należy, jacy to chorzy stanowią gros prowincyjonalnych szpitali. Zapewne, że chorym majętnym, szukającym pomocy w domu zdrowia za odpowiednią zapłatą, należy się pewna wygoda, bo oni płacą za to, by im surową prozę szpitala osłonięto komfortem. W szpitalu wielkomiejskim, gdzie ludność, jeżeli nie wyłącznie oświecona, to przynajmniéj oswojona z publicznemi wygodami, stanowi główny rdzeń chorych, zachowana być musi stosowna miara w pościeli, w usłudze i w pożywieniu. Tam są śnieżnéj białości naczynia fajansowe, sprężynowe mate-

race, lakierowane ściany, betonowe i terrakotowe posadzki, zlewy, sztuczne wentylatory i t. d. Ale szpital prowincyjonalny tego wszystkiego chorym swoim dać nie może, bo i środków nie ma na to i chorzy tego nawet nie pragną. Zresztą w szpitalu prowincyjonalnym szukają opieki i pomocy wieśniacy i małomieszczanie, ludzie małych wymagań, ludzie, którzy całe życie sypiają na słomie, jadają ze wspólnéj miski glinianéj, odziewają się grubem płótnem i baranim kożuchem. Jest to sfera, do której pojęcia czystości jeszcze się nie odbiły przez grubą powłokę przesądu i nędzy ekonomicznéj. Życie dla nich jest dotąd tylko walką z najprostszemi potrzebami bytu, nierozjaśnione nawet pragnieniem wygody. Czyż szpital dając temu wieśniakowi mieszkanie w wybielonéj, widnéj sali z pokostowaną podłogą, dając mu żelazne łóżko, zasłane poprostu lecz czysto siennikiem, obleczone kocem i dobrze wypchaną poduszką, dając mu blaszane lub cynowe naczynia i strawę obfitą choć niewyszukaną, nie zaspakaja w zupełności wymagań jego? Jednym szablonem wszystkich szpitali mierzyć nie można, bo każdy z nich musi mieć własne piętno, wyciśnięte przez stosunki miejscowe. Taki szpital prowincyjonalny w życiu gminnem lub powiatowem inną zgoła gra rolę niż wielkie szpitale po głównych miastach. Stanowi on istotne ognisko, w którem zbiegają się zdrowotne sprawy gminy lub powiatu: choroby nagminne, przypadki uszkodzeń cielesnych, chorzy więźniowie; o szpital opiera się częściowo dozór nad nierządem, opieka nad kalekami, umysłowo chorymi, włóczęgami, dezynfekcyja gminna i prywatna i t. d., a co zatem idzie, szpital jest w nieustannéj korespondencyi i w styczności osobistéj z władzami i urzędami. To też zastanawiając się nad faktem, że śmiertelność w szpitalach prowincyjonalnych jest mniejsza niż w wielkich szpitalach krajowych, nie w różnicy leczenia, lecz właśnie w tem stanowisku prowincyjonalnych szpitali znajduje się odpowiedź; albowiem obok chorych zakaźnych, gorączkujących i ciężko chorych chirurgicznych, przesuwa się w ciągu roku przez szpital prowincyjonalny cały szereg innych pacyjentów. Są to osobniki przymusowo do szpitała oddane np. z jaglicą, świerzbem, z chorobami wenerycznemi, z podejrzeniem wodowstrętu, dalej pijacy i włóczęgi, chwilowo na zdrowiu wyczerpani; inkwizyci, którzy potrzebują obserwacyi lekarskiéj w celach sądowego orzeczenia, kobiety brzemienne, którym brak schronienia na czas połogu, słowem mnóstwo jednostek, które nędza lub występek, pod przymusem, wprowadza czasowo w mury szpitalne. Dodać jeszcze należy dzieci, przeważnie na tle zołzowem chore, które jak niewygodne brzemię przez zapracowanych rodziców porzucone w szpitalu od zyskują zdrowie przy dobréj żywności i starannéj, nigdy może w życiu nie zakosztowanéj opiece.

Łatwo zrozumieć, że w szpitalu, gdzie się mieszczą tak rozmaite żywioły, zastosowanie najnowszych zdobyczy na polu szpitalnictwa jest niemożebnem, a nawet zbytecznem. System oparty na zasadzie barakowéj, lokujący w odrębnych domkach wśród ogrodu rozrzuconych odrębne choroby, nie może tu mieć powodzenia. Przyczynę łatwo zrozumieć. Chorzy zakaźni przedstawiają w ciągu roku zawsze kilkanaście typów chorobowych np. dur, błonicę, ospę, odrę, czerwonkę, krztusiec itp. w pojedynczych lub nielicznych okazach, a nie zapominajmy o chorobach wenerycznych i skórnych zakaźnych. Chcąc te wszystkie przypadki ściśle izolować, dla samych chorób zakaźnych potrzebaby kilkunastu domków odosobnionych. Tymczasem szpital prowincpjonalny daje sobie z niemi radę przy dobrej woli lekarzy, którzy w kilku salach mogą porozmieszczać współcześnie leczone różne przypadki chorób zakaźnych tak, aby i chorzy byli od siebie oddzieleni i aby można było po wypuszczeniu chorych salę przez nich zajętą wybielić, podłogę ługiem wymyć i znowu oddać nowym chorym, z odmienną chorobą zakaźną nadpływającym. Potrzeba tu nieraz pracy i daru szybkiéj improwizacyi, aby każdorazowe zagadnienie pomyślnie rozwiązać, ale też wyniki są dobre i zaprawdę epidemij szpitalnych niema i nie było jeszcze nigdy, a zakażenia śródszpitalne do wyjątków się liczą.

Po za chorobami temi istnieje ogromny ruch chorych nie zakaźnych, a więc i nieszkodliwych dla których pobyt w wspólnych nieodosobnionych salach w niczem nie jest niebezpieczny. Lżej chorzy wreszcie pracują na równi ze służbą szpitalną: kobiety piorą i szyją, mężczyźni noszą wodę, rąbią drzewo lub pracują w ogrodzie szpitalnym.

I tak szpital prowincyjonalny tworzy mały, ruchliwy światek, w sobie skupiony, odrębny charakterem od typu wielkich szpitali, podzielonych na stałe oddziały, z lekarzami specyjalistami z liczną obsługą. Tu oddziałów niema, chyba chwilowo z konieczności stwarzane, służba nieliczna, wspierana przez lżej chorych a lekarze zaopatrują równocześnie wszystkie działy chorób, przerzucając się z położników w okulistów, z chirurgów w internistów i w lekarzy sądowych.

Streszczając powyższe uwagi, widzimy, że szpital, w którym pomocy szukają wieśniacy o skromnych potrzebach i ludzie z najuboższéj klasy, szpital o niskiéj taksie, o niedostatecznéj obsłudze i obciązonych lekarzach może sumiennie spełnić swe zadanie w skupionéj przestrzeni jednego gmachu i dodatkowych budynków, pośród miasta, z którem niezliczone nici wiążą go nieustannie, choćby brak mu barakowych domków, ogrodów, wodociągów i kanałów, centralnego ogrzania, oświetlenia elektrycznego, wózków na szynach i wind hydraulicznych, słowem tego, co danem jest pierwszorzędnym zakładom leczniczym, bo brak na to środków w kraju ubogim, bo nie wymaga tego niski ogólny stan sanitarny. Lecz i skromnemi środkami dużo można zbudować przy dobréj woli.

W obecnych warunkach kraju bardzo byłoby do życzenia, aby Galicya miała więcej szpitali średnio dobrze urządzonych i choćby jaknajskromniéj wyposażonych, bo teraźniejsza liczba nie jest wystarczająca, jak świadczy prawie powszechne przepełnienie tych zakładów chorymi i że na jedno łóżko szpitalne przypada zwyż półtora tysiąca mieszkańców. Jest to bardzo mało, a tem mniéj w istocie, że ogromna część ludności nie leczy się prywatnie bądź z przesądu, bądź dla braku środków, szpital więc jest jedyną jéj ucieczką zwłaszcza w ciężkich przypadkach chorób nagminnych i w chorobach chirurgicznych, gdzie czynna pomoc lekarza rozstrzyga nieraz o życiu chorego.

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 grudnia. Otrzymaliśmy z Paryża pismo następujące z prośbą o umieszczenie:

Najnowsze zmiany zaprowadzone przez profesora Guyona w klinice szpitala Neckera ułatwiają doskonalenie się w téj specyjalności, mianowicie: Od 1 października b. r. będą mogli korzystać bezpłatnie tutejsi doktorzy i studenci jakoteż i cudzoziemcy z materyjału ambulatoryjnego.

Doktorzy i studenci, chcący pracować, będą podzieleni na grupy, a każda z grup będzie pracować 1 do 2 miesięcy. Prace będą się odbywały pod kierunkiem Dra Janeta, asystenta przy klinice, do którego chcący zapisać się mogą się zwrócić.

Wykłady zaś praktyczne płatne rozpoczną się dnia 5 grudnia b. r. w stosunku następującym: Wykład chorób moczopłciowych przez Leguen: wykłady kliniczne z medycyny operacyjnéj 18 wykładów, 180 franków. Dr. Hallé (szef laboratoryjum): wykład histologii i bakteryjologii 15 wykładów, 150 fr. Dr. Chabri (szef chemicznego laboratoryjum): wykład chemii urologicznéj 6 wykładów, 60 fr. Można się zapisywać na każdy wykład z osobna. Uprasza się zapisywać wcześnie pod adresem doktora, na którego wykład uczęszczać się zamierza, do szpitala Neckera, kliniki prof. Guyona.

* W Nrze 48 tygodnika naszego pomiędzy kandydatami, którzy w terminie listopadowym rb. przystąpili w Krakowie do złożenia egzaminu fizykackiego, pominięto przypadkiem i p. Dra Adolfa Kuhna, sekundaryjusza szpitala we Lwowie, który egzamin ten złożył, co niniejszem uzupełniamy.

* W tygodniu 46-ym (od 13—19 listopada) było w Krakowie małżeństw 28, urodzeń 54. skonów 40, z tych ostatnich

z zapalenia płuc 7, z gruźlicy 5, z dławca i błonicy 2, z czerwonki 1; — w tygodniu zaś 47-ym (od 20—26 listopada) małżeństw 21, urodzeń 23, skonów 55, z tych ostatnich było: z gruźlicy 9, z zapalenia płuc 8, z dławca i błonicy 7, z ospy 5, z nieżytu żołądka i jelit 2.

* Od aptekarza p. Baumana w Winnikach otrzymaliśmy list następujący:

Upraszam uprzejmie o umieszczenie poniższych słów kilku w odpowiedzi na pismo p. Dra K. Sobolewskiego, umieszczone w Nrze 48 „Przegl. Lek.“.

Dnia 22 września b. r. wstąpiwszy do p. Dra Kazimierza Sobolewskiego, prosiłem Go o przepisanie mi wedle podanéj notatki recepty na Expeller. P. Dr. Sobolewski uczynił to chętnie; w trakcie tym toczyła się rozmowa o powodach, dla których Richterowski preparat sprzedawać zakazano, i wtedy wspomniałem, że zakazano z powodu, że tenże Richter lekarską receptą wykazać się nie mógł, a jeśli się wykazał, wówczas treść przetworu nie odpowiadała recepcie. Ponieważ z powyższéj rozmowy cel posiadania podobnéj recepty wypływał, sądziłem przeto, że p. Dr. K. Sobolewskiemu również jest wiadomym, a otrzymawszy też receptę bez zastrzeżeń, jako taką jéj użyłem, nie przypuszczając bynajmniéj, abym przez odwołanie się na podpis, p. Drowi Sobolewskiemu przykrość mógł wyrządzić.

Winniki d. 2 grudnia 1892 r.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 46: Pawińskiego: O tak zw. ostrem i ostrawem zapaleniu aorty; Biernackiego: O uciskowem porażeniu czucia (dok.). — W *Medycynie* Nr. 46: Biegańskiego: Kilka słów o biegunce pochodzenia nerwowego; Palmirskiego: O obecnéj epidemii cholery w Odessie; Neugebauera: O wskrzes aniu cięcia łonowego przez szkołę Neapolitańską. — W *Odczytach klinicznych* 44, 45, 56: Talamon, O zapaleniu wyrostka robaczkowego i tkanki około kiszki ślepéj, tłomaczył E. Biernacki, in 8-vo str. 111. — W *Gazecie Lek.* Nr. 47: Elsenberga: Czy bywa samoistne zapalenie przyjądrza i jądra; Pawińskiego: O tak zw. ostrem i ostrawem zap. aorty francuskich autorów (dok.); Biernackiego: Z dziedziny fizyjologii i patologii serca (c. d.); Zapolskiego Downera Owrzodzenia rogówki w tyfusie cholerycznym. — W *Medycynie* Nr. 47: Święcickiego: Na czem polega korzystny wpływ wyskoków w zakażeniu połogowem; Palmirskiego: Notatki z obecnéj epidemii cholery w Odessie i jéj okolicach (dok.). Neugebauera: O wskrzeszaniu cięcia łonowego przez szkołę położniczą Neapolitańską (c. d.). — W *Kronice Lek.* Nr. 11: Ciąglińskiego i Hewelkego: W kwestyi t. zw. czarnego języka; Zawadzkiego: Przyczynek do kwestyi zbiorowego zatrucia tlenkiem węgla; Kopytowskiego: Wpływ obustronnego zapalenia tryprowego przyjądrza na płodność mężczyzn. — W *Gazecie Lek.* Nr. 48: Gajkiewicza; O spazmie skaczącym; Iwanickiego: Przypadek zatoru tętnicy płucnéj. — W *Medycynie* Nr. 48: Grosglika: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w cewce i pęcherzu; Szwajcera: Opiaty czy środki czyszczące w leczeniu dysenteryi.

NADESŁANE.

Na ulicy Garbarskiéj Nr. 5 są do nabycia książki i instrumenta, po lekarzu młodym niedawno zmarłym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

KONKURS 123-3-1

Do obsadzenia jest posada lekarza Bractwa górników i hutników Andrzeja hr. Potockiego w Sierszy (poczta Trzebinia) z pensyją 1200 złr. rocznie, oprócz wolnego mieszkania i rocznego poboru 150 ctr. metr. węgli na opał i 50 kgr. nafty na światło.

Kandydat (doktor wszech nauk lekarskich) z dłuższą praktyką chirurgiczną będzie miał pierwszeństwo.

Podania udokumentowane świadectwami studyjów i praktyki wnieść należy po dzień 20 grudnia b. r. pod adresem: *Administracyja dóbr JW. hr. Potockich w Krzeszowicach.*

L. 1615.

KONKURS.

Posada lekarza powiatowéj kasy dla chorych w Przemyślu połączona z honoraryjum miesięcznem w kwocie 50 złr. z dołu płatnem wakuje i nadaną zostanie z dniem 1 stycznia 1893 r. na następujących warunkach:

Lekarz ubiegający się o tę posadę ma posiadać stopień doktora wszech nauk lekarskich; ma bezwarunkowo poddać się postanowieniom instrukcyi lekarskiéj, przez podpisany Zarząd d. 3 listopada 1891 uchwalonéj; pełnić obowiązki lekarza kasy nietylko w miejscu ale w całym okręgu Sądu powiatowego przemyskiego i nie może piastować żadnéj innéj posady. Tak Zarządowi jak i lekarzowi przysługuje prawo każdego czasu rozwiązać stosunek za 30 (trzydziesto) dniowem wypowiedzeniem.

Podania na tę posadę wnosić należy wprost do Zarządu powiatowéj kasy dla chorych w Przemyślu, najpóźniéj do dnia 20 grudnia 1892 r. Instrukcyję lekarską można przejrzeć lub w odpisie powziąść w biurze Zarządu. 124—1—1

Przemyśl dnia 1 grudnia 1892.

Z Zarządu powiatowéj kasy dla chorych.
Sekretarz *Zygmunt Pisiewicz.* Za przewodniczącego *B. Henner.*

Władysław Bełdowski, aptekarz w Krakowie

polca Pp. lekarzom:

Pillul. c. **kreosoto e bitum fagi** à 0·05 i 0·025, jak również i **Guajakolowe à 0·05**. Zawierają one w znacznéj ilości goryczkę, są bardzo łatwo rozpuszczalne, o czem można się przekonać, kłócąc jedną pigułkę w rurce probierczéj z wodą, o ciepłocie 25—30°, takowa rozpuszcza się w 10—15 minut; przez moczenie zaś w wodzie o téj samej ciepłocie w 40 minut. Własnością tą więc wyróżniają się i przewyższają wszelkie inne tego rodzaju wyroby. Dla zakrycia woni *kreozotu i gwajakolu* obciągam takowe cukrem wanilijowym. Pigułki mego wyrobu są polecone przez Tow. lek. krak. i odznaczone wielkim medalem brąz. na VI. Zjeździe lekarzy i przyrodników.

Pigułki wyrabiam bez balsamu Tolutańskiego:

1) **Pillul. kreosot. 0·025 i 0·05**, cena 70 ct.

2) „ **Guajakoli 0·05**, cena 1 złr.

3) Pigułki następującego składu przepisu prof. Dra E. Korczyńskiego (dla odróżnienia barwione blado żółto): Rp. *Acid. arsenic.* **0·0005**, *Kreosot. fagi 0·02.* Cena 70 ct.

Każde pudełko zawiera 100 pigułek.

Zwracam również uwagę Pp. lekarzy na **Gałeczki** (*Granulae*): *Natr. arsenic.* a 0·001, cena 50 ct. — *Morfii mur.* 0·01, cena 80 ct. — *Morfii mur.* 0·005, cena 70 ct. *Codeini muriat.* 0·01, cena 1 złr. 50 ct. — *Codeini muriat.* 0·02, cena 1 złr. 90 ct. — *Atropini sulfur.* 0·001, cena 70 ct. — Słoik zawiera 60 gałeczek.

Wino z Kaskary Sagrady o smaku bardzo przyjemnym butelka 1 złr. 50 ct.

Wino chinowe, bardzo przyjemne w użyciu, o zawartości 4% alkaloidów kory. Cena 1 złr.

Sposób przepisywania: **Pillul. (Granul. Vinum) fabric. Bełdowski, Cracoviae.** 31—28—27

Zmiana cen.

Z powodu podrożenia niektórych leków, szczególnie zaś **gwajakolu o 40%**, musiałem podwyższyć cenę

kapsułek i perełek „Hygea“

dla aptekarzy a tem samem i dla publiczności o 10—20 ct. na 100 sztukach. Pomimo tego moje kapsułki są jeszcze o połowę tańsze od zagranicznych i od przepisywanych **lege artis**. Wkrótce roześlę PT. Pp. lekarzom szczegółowy cennik, tu zaś podaję ceny najczęściéj używanych kapsułek i perełek.

Perełki z jodoformem i olejkiem migdałowym, kreoliną, mentholem, z kamforą w połączeniu z olejkiem miętowym, zupełnie bezwonne, przyrządzam na zlecenie w dowolnych dawkach.

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea“** lub **firmy „Zahradnik“** celem uniknienia wydawania innych o wiele droższych wyrobów.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk:

Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20. **1 złr. 60 ct.**
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 **1 złr. 60 ct.**
„ **0·10.** „ „ „ 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05. „ Morrhuol 0·20 **2 złr. 60 ct.**
„ 0·05 **Natr. arsenicos. 0·001 1 złr. 80 ct.**
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 30 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 60 ct.**
„ **0·10** „ „ 0·20 **1 zlr. 50 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 40 ct.**
Morrhuol (Mercis) 0·20 **2 złr.**
Myrtolum (Mercis) 0·15 **2 złr. 50 ct.**

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

110—x—10 *Maryan Zahradnik.*

Dr. Józef Surzycki

119—3—2 b. I. asystent kliniki lek. Uniw. Jagiell.

wykonywa w swéj prywatnéj pracowni rozbiory moczu, kału, plwocin, nasienia, krwi i t. d., oraz podejmuje się badania treści żołądkowéj w celach dyjagnostycznych.

Kraków ul. Floryjańska Nr. 13, II. piętro.

Zakład wodoleczniczy we Lwowie

„Kiselka nad stawem“

jest od dnia 1-go stycznia 1893 r. do wydzierżawienia.

Bliższych szczegółów udziela właściciel **Karol Kiselka**, Lwów, Żółkiewska 90. 118—6—4



Mattoniego Giesshübler, najczystsza szczawa alkaliczna, jest według zgodnych orzeczeń powag lekarskich jako środek silnie alkalizujący, skutecznym wobec tworzenia się nadmiaru kwasu w ustroju, w wszelkiego rodzaju nieżytowych cierpieniach narządu oddechowego i pokarmowego (nieżyt żołądka, zgaga, brak apetytu); wobec kaszlu lub chryp i, w tych wypadkach najlepiéj zmieszana z mlekiem. Szczególnie zaleca się użycie téj wody dla ozdrowieńców i dla dzieci.

Szczególne zalety wód Giesshüblerskich polegają na korzystnym składzie ich mineralnych części, na obecności nieznacznych ilości soli ziem. i siarkanów, przy przewadze dwuwęglanu sodowego, jakoteż na tem, że woda ta już z natury jest nasycona bezwodnikiem węglowym.

Dzięki wielkiéj ilości wolnego i związanego bezwodnika węglowego ma ta szczawa orzeźwiające działanie na ustrój ludzki i dlatego żaden napój nie przewyższa jéj w smaku i skuteczności jako napój orzeźwiający, stołowy. Nadaje się znakomicie do mięszania z winem, koniakiem i sokami owocowemi.

Giesshübler Matoniego jest w zapasie we wszystkich składach wód mineralnych, przesyła także bezpośrednio właściciel

HENRYK MATTONI Giesshübl-Puchstein koło Karlsbadu.

Francensbad. **Wiedeń.** Budapeszt.

Mattoniego zdrojowisko Giesshübl-Puchstein

koło Karlsbadu w Czechach.

Uzdrowisko, zdrojowisko i zakład wodoleczniczy. Leczenie pneumatyczne i za pomocą wcierań. Dla chorych nerwowych i piersiowych, dla ozdrowieńców, w nieżycie, gośćcu itd. — Prospekty bezpłatnie i franko rozsyła: *„Kur-Direction Giesshübl-Puchstein koło Karlsbadu.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 17 Grudnia 1892. Nr. 51.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Péres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1-go Stycznia 1893 rok trzydziesty drugi swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1^1/_2$ arkusza na tydzień, jak najregularniéj.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakotéż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. O nowéj metodzie tymczasowego wypiłowania kości krzyżowo-ogonowéj w celu swobodnego przystępu do narządów miednicy.

Przez

Prof. Rydygiera.

Nie ulega wątpliwości, że tymczasowe wypiłowanie *caeteris paribus* mogłoby mieć znaczne zalety przed zwykle stosowanem dotychczas wypiłowaniem kości krzyżowéj. Przy wszystkich zaletach wypiłowania kości krzyżowéj według Kraske-Hochenegga na niezrównane zasługującego uznanie, zawsze na mnie niemiłe czyniło wrażenie, że po niem tak wielka pozostaje jama, przez którą przechodzi zeszyta po wykonanéj resekcyi odbytnica nie mająca, szczególnie ku tyłowi, najmniejszego oporu. Téj okoliczności, zdaje mi się, należy przedewszystkiem przypisać, że szew jelitowy ku tyłowi tak rzadko trzyma. Więcéj jeszcze nieprzyjemnym dodatkiem jest pozostająca przetoka, dająca się z trudnością mimo zabiegliwych operacyj następowych całkowicie usunąć. O stosunkowo grubą szerokość kości krzyżowéj jelito zostaje przez powstające tu blizny wyciągnięte na zewnątrz, co wywołuje załamanie i znaczne zwężenie jelita, jak to Schlange tak trafnie zauważył. Szczególnie nieprzyjemnie uderzyło mnie to u pacyjenta prywatnego, którego przed więcéj niż 5 laty pierwszy raz a przed rokiem wskutek nawrotu raka odbytnicy operowałem, i który przez prawie 4 lata będąc zdrowym, dostał teraz nawrotu. Najwięcéj dolegliwości sprawiała mu wąziutka bardzo przetoka, przez którą prócz rzadkiego kału wydobywała się zwykle mała tylko ilość śluzu. Mimo operacyj następowych, prowadzących początkowo do wygojenia, przetoka późniéj na nowo się otworzyła, ponieważ właśnie na tem miejscu było zwężenie i załamanie odbytnicy, powiększające się coraz bardziéj w miarę tego, im starsze były blizny na kości. Chociaż usiłowaliśmy za pomocą stoczków temu zapobiedz, pozostawały zawsze trudności w oddawaniu stolca. Czy może właśnie wskutek przeciągłych i długotrwałych drażnień blizny z powodu gromadzącego się i gwałtem przetłoczonego kału nawroty, na tem miejscu szczególnie powstające, nie zostają wywołane, tego na razie nie chcę rozstrzygnąć.

Osłabienia dna miednicy, na którą z innéj strony zwracają uwagę, w moich przypadkach, jak Hochenegg i inni, nie zauważyłem, jednakże możliwości jego w zasadzie zaprzeczyć nie można. Tymczasowa resekcyja może bez zaprzeczenia zapobiedz załamaniu odbytnicy i osłabieniu dna miednicy i tworzenie się przetoki bądźto zupełnie powstrzymać, ponieważ przez przyłożenie wypiłowanéj kości krzyżowéj szwy na tylnéj ścianie otrzymują podporę. bądźto, skoroby szwy mimo to nie miały trzymać, przetoka sama może się zamknąć.

Tymczasowéj resekcyi czyni się ten zarzut, że jako operacyja przedwstępna jest zabiegliwszą, że następnie od-

żywienie rany znacznie utrudnia i zagojenie przedłuża (Hochenegg, Ullmann), że wreszcie przyjść może do odumarcia tymczasowo wypiłowanej części kości krzyżowej, prowadzącego do długotrwałego ropienia i zaniku sił chorego (Billroth).

Przy odpowiedniem wykonaniu tymczasowej resekcyi kości krzyżowo-ogonowej można wymienione niedogodności nietylko pominąć, ale nawet na równiez tyle korzyści zamienić, do czego dołączają się i zalety, powstające przez pominięcie niekorzyści po zwykłej resekcyi kości krzyżowej.

Rozmaite metody tymczasowej resekcyi zalecali Heincke[1]), Kocher[2]), Levy[3]) i Hegar[4]). Jakim sposobem Billroth w swoim przypadku wykonał tymczasową resekcyję, z protokółów c. k. Towarzystwa lekarzy, umieszczonych w *Wiener klinische Wschrft.* nie wynika. Schlange[5]) operował sposobem podobnym do propozycyi podanej przez Levego. Heincke i Kocher dzielą kość krzyżową przez połowę odginając ją następnie na obie strony; Kocher przecina kość od cięcia nieco podłużnego, Heincke dodaje przy górnym końcu cięcia podłużnego jeszcze cięcie poprzeczne: prócz tego odsłania Kocher za pomocą odpowiedniej operacyi przedwstępnej nerwy w przewodzie kręgowym w celu ochronienia ich przy poprzecznem przecięciu kości krzyżowej. Levy tworzy płat czworoboczny, odsłaniając go ku dołowi i prowadząc 8—10 ctm. długie poprzeczne cięcie na jeden palec poprzeczny powyżej *cornua coccygea.* Od obydwóch końców tego cięcia dodaje dwa prostopadłe, również prawie 8 ctm. długie cięcia ku dołowi, drążące przez skórę i całą grubość mięśnia pośladkowego największego. W tych cięciach przecina ku górze kość krzyżową poprzecznie, a na stronach *lig. tuberoso-* i *spinoso-sacra.* Arnd zarzuca tej metodzie, że boczne cięcia przecinają nerwy odbytnicowe (*nervi haemorrhoidal. inf.*) przez co utrzymanie zwieracza, ponieważ jest porażonym, staje się zbyteczne. Schlange stara się temu w ten sposób zapobiedz, że cięcia boczne ku dołowi przecinają tylko skórę, drążąc ku górze zwolna tak głęboko, że tylko dolne włókna mięśnia pośladkowego przyczepiające się do kości krzyżowej, i *lig. tuberoso-* i *spinoso sacra* zostają przecięte.

Hegar tworzy płat z podstawą ku górze, prowadząc cięcie w kształcie V na części grzbietowej kości krzyżowej, ktorego końce, poczynając się o 1 ctm. powyżej *spinae ilei posterior infer.*, łączą się na końcu kości ogonowej. Przytem należy baczyć na to, ażeby cięcie prowadzić nieco na zewnątrz od brzegu kości, ponieważ w 2 przypadkach po skurczeniu części miękkich nastąpiła martwina kości ogonowej. Kość krzyżową należy przepiłować tylko tak dalece, ażeby przy możliwem utrzymaniu okostny, pokrywającej tylną ścianę kości krzyżowej, przepiłowaną część odgiąć ku grzbietowi chorego.

W jednym przypadku raka odbytnicy tymczasową resekcyję kości krzyżowej wykonałem w sposób następujący: Cięcie skórne rozpoczyna się mniej lub więcej na wysokości lewej *spina ilei poster. super.*, które po lewej stronie kości krzyżowej prowadzi się skośnie tak ku dołowi, że przebiega na 1 ctm. na zewnątrz od brzegu kości w tym celu, ażeby skóra i po skurczeniu się należycie pokrywała brzeg kostny. Od końca kości ogonowej przebiega cięcie skórne w linii środkowej wedle potrzeby ku dołowi. Po skurczeniu się skóry głębsze cięcie ku górze prowadzi się tuż przy kości, przecinając lewe *lig. spinoso-* i *tuberoso sacrum*; ku dołowi cięcia, jak zwykle, sięgają głębiej. Części miękkie na przedniej stronie kości krzyżowej odkłada się ku przodowi, przez co dokładnie widzieć można wychodzące nerwy krzyżowe. Następnie poniżej trzeciego otworu krzyżowego, a więc prawie na dwa palce poprzeczne powyżej linii łączącej kość krzyżową z kością ogonową, prowadzi się zwykle od lewej ku prawej stronie cięcie poprzeczne poziomo ku pierwszemu cięciu skośnemu. Na tej wysokości i w tym kierunku przecina się poprzecznie kość krzyżową za pomocą dłutka i młotka i to w ten sposób, ażeby po prawej stronie nerwów wychodzących z otworów krzyżowych nie obrazić. Poczem cały płat trójkątny z łatwością można odgiąć ku prawej stronie. W przypadkach wyjątkowych, skoroby okazała się potrzeba, możnaby kość krzyżową i powyżej drugiego otworu przeciąć, co Rose[1]) w kilku przypadkach bez pozostania zaburzeń wykazał. W naszym przypadku obawa o podobne niekorzystne wyniki tem więcej jest wykluczoną, że po jednej stronie nerwów wcale nie obrażamy.

Po wycięciu raka odbytnicy i założeniu szwu jelitowego tamponuje się luźno jamę gazą jodoformową, odkładając następnie z lekka pokrywkę bez zaszycia jej z powrotem; najwyżej w korzystnych przypadkach możnaby ku górze ranę zaszyć, ku dolowi zostaje rana zawsze otwartą w celu wyprowadzenia gazy jodoformowej. W moim przypadku dla pewności zostawiłem całą ranę otwartą, a pokrywka zwolna sama się do rany przykładała.

Zalety opisanego co dopiero zabiegu upatruję w następujących punktach: Odumarcie kości, która aż nadto jest odżywiona, jest niewątpliwie i z pewnością wykluczone. Następnie warunki rany co do swobodnego odpływu wydzielin są tak korzystne, jak więcej tego żądać nie można, w każdym razie nie mniej korzystne niż po zwykłej resekcyi. — Operacyja przedwstępna nigdy nie jest tak powikłaną, skoro wykonywamy ją tym sposobem, przeciwnie staje się daleko łatwiejszą niż przy zwykłej resekcyi. Arnd mógł metodzie Levego zarzucić, że przecina nerwy odbytnicy, przez co następuje porażenie zwieracza, że cięcie, przez mięśnie pośladkowe idące, wywołuje wielki krwotok, że wydzieliny mogą się zatrzymać za płatem odprowadzonym ku gorze płatu. Metodzie zaś Heineke-Kochera możnaby zarzucić trudność wykonania jej, tudzież utrudniony odpływ wydzielin, a metodzie Hegara obawę odumarcia kości. Wszystkie te zarzuty odpiera metoda przezemnie wykonana, ponieważ cięcie zewnętrzne w ogólności do cięcia Hochenegg-Wölflera podobne z dodatkiem tylko ku górze małego cięcia poprzecznego zabezpiecza wydzielinie z rany dostateczny odpływ. Krwotok jest bez zaprzeczenia mniejszy, ponieważ części miękkich od tylnej części kości krzyżowej nie odcinamy, a kość ogonowa zostaje nie wyłuszczoną. Wedle potrzeby

[1]) Heincke: Propozycyja do wycięcia wysoko umiejscowionego raka odbytnicy. *Münch. med. Woch.* 1888, Nr. 37. — [2]) Arnd: Przyczynek do kazuistyki raka odbytnicy. *Deutsche Ztschr. f. Chir.* 32 Bd., 1 i 2 H. — [3]) Levy: Przyczynek do techniki resekcyi odbytnicy. *Cntrbl. f. Chir.* 1889. Nr. 13. [4]) v. Beck: O osteoplastycznej resekcyi kości krzyżowo-ogonowej w celu swobodnego przystępu do wewnętrznych narządów płciowych kobiety. *Dissert. inaugur.* Freiburg i. B. 1889. — [5]) Schlange: O kilku resekcyjach jelita. *Berl. klin. Wschrft.* 1892, Nr. 47.

[1]) Maas: O amputacyi kanału kręgowego w celu wykonania tylnej laparatomii według prof. Rosego. *Dt. Zeitschr. f. Chir.* 32 Bd., 3 i 4 H.

można kość krzyżową wyżéj wypilować, ponieważ tylko po jednéj stronie przecinamy więzadła i nerwy, nienaruszając wcale drugiéj strony; odgięcie pokrywki jest bardzo łatwe, a przystęp do odbytnicy i narządów miednicy bardzo swobodny.

Co jednakowoż za szczególną zaletę mojéj metody przed innemi uważam, to tę okoliczność, że z cięcia przez części miękkie prowadzonego, próbować można parasakralnéj metody Wölflera, przechodząc następnie w każdéj chwili do tymczasowego wypiłowania kości krzyżowéj, skoroby się okazała potrzeba swobodniejszego przystępu do pola operacyjnego. Samo się przez się rozumie, że cięcie i po prawéj stronie wykonać można odginając płat skórnokostny ku lewéj stronie, skoroby się rozchodzić miało nie o resekcyję raka odbytnicy, ale o operacyję narządów w małéj miednicy.

II. Ze szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Przyczynek do etyjologii raka wodnego.

Podał
Dr. Bronisław Komorowski,
I. sekundaryjusz szpitala św. Ludwika.

Od najdawniejszych czasów, odkąd istnieją opisy raka wodnego, t. j. od czasów Hipokratesa aż do najnowszych, nie zdołano wcale wykazać natury i pochodzenia tegoż. — Według obecnych zapatrywań co do natury zgorzeli policzka, istnieją dwie teoryje, jedna uważa ją za chorobę lokalną infekcyjną wywołaną przy obecności pewnych tworów pasorzytniczych, druga za zwykłą nekrozę, polegającą według Krassiera na zaburzeniach w cyrkulacyi, a według Woronichina, opierającego się na doświadczeniach Magendiego, Samuela, Büttnera i własnych, dokonanych na psach i królikach, na zmianach w zakresie nerwów troficznych. Pierwszy, który uważał raka wodnego za chorobę pasorzytną, był Froriep[1]); wykazał on twory do pilśni podobne jako podstawę téj choroby. Strüch[2]) opisuje również pilśnie, których plasma jest barwy brunatnawo-żółtawéj, jako przyczynę zgorzeli. Ranke[3]) wykazał bardzo liczne bakteryje w częściach otaczających zgorzel, jużto w postaci *diplo-tetra-octa* koków, jużto w formie łańcuszkowéj, lecz kultur nie przeprowadził, a kawałki z ogniska przeszczepione na zwierzęta nie wywołują zgorzeli. Schimmelbusch[4]) wykazał prątki raka wodnego usadawiające się głównie w przestworach limfatycznych i przeprowadzał kultury tychże. Te przeszczepione na zwierzęta, jakoteż same kawałki z ogniska zgorzelinowego szczepione, nie wywołują zgorzeli, tylko co najczęściéj przychodzi do powstawania ropnia. Obserwował on jednak u dwóch kogutów przy szczepieniu podskórnem ograniczoną wielkości fasoli zgorzel z zielonawem zabarwieniem części otaczających, która w przeciągu trzech tygodni zupełnie ustąpiła. Z badań swych wnosi Schimmelbusch, że rak wodny polega na obecności pewnych pasorzytów, a niemożność przeszczepiania na zwierzęta nie jest dowodem obalającym to twierdzenie.

Rak wodny nie jest chorobą samoistną występującą u dzieci zdrowych, lecz jest wynikiem stosownie do ogólnie przyjętych momentów etyjologicznych:

1) istniejących dyskrazyj, jak zołzów, gruźlicy, krzywicy;

2) istniejących chorób ostrych infekcyjnych, jak odra, ospa, szkarlatyna, tyfus, krztusiec itd. lub chronicznych, jak katar kiszek, chera zimnicza, cukrzyca itd.;

3) niekorzystnych wpływów zewnętrznych i wewnętrznych, podkopujących ogólne odżywianie, t. zw. *cahexia pauperum*[1]).

Te wyż wspomniane wpływy stanowią też podstawę i są momentem usposabiającym do nabycia gnilca pleśniawek itd. Tem też daje się wytłomaczyć to ścisłe, wieki trwające połączenie tych kilku zupełnie odrębnych chorób. W szpitalu św. Ludwika w Krakowie w ostatnich 13 latach przypadków zgorzeli policzka, gdyż pojęcie raka wodnego biorę w b. ścisłem znaczeniu i odnoszę li tylko do téj postaci, leczonych było 23. Przebieg kliniczny poszczególnych przypadków nie przedstawił nic szczególnego, dlatego opisywanie ich każdy z osobna uważam za zbyteczne zbyt Czytelników nużącem, ograniczam się więc tylko do zestawienia ich więcéj ogólnego.

Uwzględniając płeć, u któréj częściéj występuje zgorzel policzka, to w naszych przypadkach dotyczyło 7 chłopców (30·43%) i 16 dziewcząt (69·57%), który to stosunek procentowy zgadza się mniéj lub więcéj ze statystykami podanemi przez Gierkego[2]), Woronichina[3]) i Löschnera[4]).

Co do wieku, w jakim rozwinął się rak wodny w przypadkach leczonych w szpitalu św. Ludwika, to było między

	chłopców	dziewcząt
1 a 2 gim r. ż.	—	3
2 „ 3 „	1	2
3 „ 4 „	2	6
4 „ 5 „	3	2
5 „ 6 „	1	2
6 „ 7 „	—	1

Z tablicy dołączonéj wynika, że między 3 a 4 rokiem życia zdarza się największa ilość przypadków. Najstarszy wiek, jak z historyi chorób wynika, w jakim zdarza się zgorzel policzka, jest rok 7 życia, a najmłodszy 15 miesięcy, podczas gdy Billard opisuje przypadek raka wodnego u 9-dniowego dziecka.

Stosunek częstości noma do innych chorób dziecięcego wieku przedstawia niżéj dołączona statystyka, z któréj wynika, że na 458 dzieci chorych, leczonych stale w szpitalu św. Ludwika, przypada 1 rak wodny, — podczas gdy według statystyki Woronichina ze szpitala w Petersburgu przypada 1 na 376 chorych leczonych stale, a 1 na 8635 chorych zgłaszających się ambulatoryjnie do szpitala.

---

[1]) Dr. Froriep: *Chirurgische Kupfertafeln.* Weimar 1884 Taf. 458 i 459. — [2]) Dr. Struch: *Ueber Noma und deren Pilze. Inaug. Dissert. von Göttingen* 1872. — [3]) Dr. Ranke: *Zur Aetiologie und pathologische Anatomie des Nomatosen Brandes, Jahrb. für Kinderheilkunde.* U. F. B. XXVIII, H. 3, S. 329. — [4]) Dr. Schimmelbusch: *Ein Fall von Noma. Deut. med. Wschrft* Nr. 26, S. 518, 1889.

[1]) Dr. Henoch: *Vorlesungen über Kinderkrankheiten.* 1892. S. 486. — [2]) Dr. Gierke: *Zur Kasuistik der Noma. Jahrb für Kinderheilkunde.* U. F. B. 1868, S. 267. — [3]) Dr. Woronichin: *Ueber Noma nach Beobachtungen im Elisabeth Kinderspital zu St. Petersburg. Iahrbuch für Kinderheilkunde.* U. F. B. XXVI, H. 2, S. 160. — [4]) Dr. Löschner: *Der Brand im Kindesalter. Prager Viertjschrft.* 1847, B. III.

Rok	Ilość dzieci leczonych w szpitalu	Ilość przypadków raka wodnego	
		chłopcy	dziewczęta
1880	693	—	1
1881	766	1	1
1882	584	1	1
1883	770	—	1
1884	880	1	2
1885	950	2	1
1886	722	—	4
1887	765	—	1
1887	761	—	—
1889	773	—	—
1890	1072	1	2
1891	1091	—	—
1892	701	1	1
Do końca września	10528	7	16

Co do częstości chorób, w przebiegu których wystąpiła zgorzel policzka, to procentowo obliczona przedstawia nam dołączona tablica % litera A. Lecz nie wszystkie przypadki raka wodnego po odrze i szkarlatynie odnieść można jako formę wynikłą na tle téj choroby infekcyjnéj, owszem w 4. przypadkach odry (1 chłopiec, 3 dziewczęta), jakoteż w 2. przypadkach szkarlatyny (dwóch chłopców) raczéj przypuścić należy te choroby infekcyjne tylko jako moment usposabiający do powstania raka wodnego w przebiegu wysoko posuniętéj chery zimniczéj. Ostatecznie więc stosunek procentowy co do częstości zgorzeli w stosunku do chorób, w przebiegu których ta wystąpiła, przedstawia tablica % litera B.

Te wyż wspomnione 6 przypadków zgorzeli policzka (4 w przebiegu odry, 2 w przebiegu szkarlatyny), dlatego uważam jako powstałe na tle chery zimniczéj, gdyż w protokółach sekcyjnych z tychże przypadków zanotowane są zmiany malaryczne w postaci złogów barwikowych w śledzionie, wątrobie i szpiku kostnym, a w jednym przypadku ograniczały się więcéj do gruczołów kreskowych. Zmiany te stwierdzone na stole sekcyjnym są przekonywającym dowodem, że zimnica była powodem chery, w przebiegu któréj powstała zgorzel policzka, a te choroby infekcyjne mogły być momentem przyspieszającym powstanie tejże.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Śmiechowski (Dorpat): **O znaczeniu megasfer w zarodku kurczęcia.**

Megasfery są to twory, leżące wśród parablastycznych elementów Hisa, które po raz pierwszy opisał Peremieszko, nazwę zaś dał His. Z pomiędzy 21 autorów, którzy twory te widzieli, żaden do dziś nie wyjaśnił istoty ich pochodzenia ani znaczenia. Autor znajdował megasfery zarówno w świeżych jak i utrwalonych zarodkach, nie są więc one wytworami sztucznemi.

Co się tyczy ich budowy, to składają się one z kulek, silnie łamiących światło, ułożonych w szkielecie, posiadającym własność tę w bardzo małym stopniu. Nazwa sfer nie zupełnie dla nich się nadaje, gdyż najczęściej mają postać walcowatą lub elipsoidalną. W miarę rozwoju twory te zmniejszają się. Szkielet składa się z jednorodnej masy protoplazmatycznej, którą jednak trudno jest widzieć przy obrabianiu preparatów w sposób zwykły, ponieważ barwi się on równie silnie barwikami, jak i wewnętrzna zawartość. W preparatach, utrwalonych chlorkiem platyny budowa szkieletu występuje bardzo wyraźnie. Przez wstrząsanie lub silny strumień wody można go częściowo lub nawet całkowicie odosobnić. Jąder nie mógł autor nigdy wykazać, zarówno w kulkach jak i szkielecie. W niektórych kulkach znajdują się żółto-bronzowe punkciki, robiące wrażenie pigmentu.

W jaju niezalęgłem leżą megasfery pod hypoblastem; we wczesnych okresach rozwoju zbierają się one na brzegu zarodka, zaś po wytworzeniu się naczyń układają się w ich bliskości.

Ponieważ twory te okazywały silne powinowactwo do barwików azotowych (kwas pikrynowy, orange, eozyna), autor który robił badania nad powstawaniem hemoglobiny, ta zaś ma wybitną dążność do łączenia się z temi barwikami, sprobował wykonać reakcyję na żelazo. Okazało się, że przed wystąpieniem hemoglobiny w ciałkach krwi, żelazo znajduje się wyłącznie tylko w kulkach megasfer, szkielet zaś reakcyi na żelazo nie daje; po wystąpieniu hemoglobiny w ciałkach krwi otrzymuje się w nich reakcyję, w megasferach zaś staje się słabszą Wobec tego prawdopodobnie w tworach tych znajduje się substancyja, zwana przez Bungego hematogenem.

W przechodzeniu żelaza z megasfer do ciałek krwi zdaje się pośredniczą komórki śródbłonkowe. Co do pochodzenia megasfer autor odpowiedzi stanowczej obecnie jeszcze dać nie może. Mają one pochodzić zarówno z organizmu matki jak ojca. W obec doniosłości ich roli w tworzeniu krwi, rozstrzygnięcie tej kwestyi jest nader pożądane. (*Anatomische Hefte.* 1892. s. 109—128). *L. Kryński.*

Patologija.

Autokratow: **Badanie nad powstawaniem skurczów w tężcu.**

Po zaszczepieniu przyrzutów tężca występują najpierw skurcze miejscowe w okolicy, gdzie szczepienia dokonano, późniéj dopiero zjawiają się skurcze ogólne. Jeśli zaszczepimy przyrzuty te w którąbądź kończynę i następnie zniszczymy tę część rdzenia, z której wychodzą nerwy dla takowéj, skurcze nie występują, natomiast porażenie danéj kończyny. U zwierzęcia, u którego już wystąpiły w całéj pełni skurcze ogólne, możemy je usunąć przez zniszczenie rdzenia pacierzowego. Skurcze tężcowe nie występują w grupach mięśniowych, których nerwy zostały przecięte. Fakty te przemawiają za tem, że jad tężcowy działa na rdzeń pacierzowy w sposób podobny do strychniny. Z drugiéj strony skurcze początkowe, występujące zawsze w okolicy zaszczepienia, częste ograniczenie skurczów do téj połowy ciała, na któréj szczepienia dokonano, oraz ta okoliczność, że w razie zaszczepienia odpowiednio małéj ilości jadu skurcze początkowe nie przechodzą na resztę mięśni, a pozostają umiejscowionemi w okolicy zaszczepienia, przemawiają za działaniem tężca na mięśnie. W celu wyświetlenia téj kwestyi autor dokonał szeregu doświadczeń na świnkach morskich, myszach, szczurach białych, królikach, psach i kurach. Obraz kliniczny skurczów tężcowych jest bardzo zbliżonym do obrazu skurczów spastycznych i dlatego większość badaczy przypuszcza, że skurcze te powstają wskutek podrażnienia komórek przednich rogów rdzenia; komórki te zaś mogą być podrażniane wprost przez istotę trującą lub też drogą odruchu wskutek podrażnienia komórek czuciowych rdzenia, wreszcie mogą skurcze wystąpić po zniesieniu działania hamującego mózgu. Autor postawił sobie następujące pytania: 1) czy jad tężcowy działa wprost na rdzeń? czy ośrodki ruchowe mózgu mają wpływ na wystąpienie skurczów? 2) czy w razie, jeśli działanie na ośrodki mózgowe zostanie wykluczonem, jad działa wprost na komórki ruchowe rdzenia, czy też działanie takowych jest odruchowem?

Doświadczenia były następujące: I. Po przecięciu rdzenia ponad i pod zgrubieniem lędźwiowem dokonano zaszczepienia w kończynę dolną. Wystąpiły najpierw miejscowe, późniéj ogólne skurcze. Po przecięciu zaś rdzenia na wysokości zgrubienia lędźwiowego i zaszczepieniu następowem

w udo, kończyna pozostała porażoną. Doświadczenia te wykonano i w odwrotnym porządku, t. j. najpierw szczepiono, a następnie przecinano lub niszczono odpowiednią część rdzenia. Wyniki były takie same.

II. Po wystąpieniu miejscowych skurczów tężcowych w kończynie dolnéj przecinano *n. cruralis* i *n. ischiadicus;* po przecięciu pierwszego skurcze ustępowały, po przecięciu zaś drugiego skurcze osłabiły się nieco, lecz nie ustąpiły zupełnie.

III. Po wystąpieniu miejscowych skurczów w kończynie dolnéj przecinano odpowiednie korzenie nerwów czuciowych, lub też zarówno nerwów czuciowych, jako też i ruchowych. W jednym i drugim przypadku skurcze ustępowały.

IV. Po wystąpieniu skurczów miejscowych wstrzykiwano podskórnie w kilku miejscach 5% rozczyn kokainy. Po 3—5 minutach skurcze osłabiały się; wkrótce jednak występowały z dawną siłą. Wreszcie podczas skurczów w konczynie dolnéj ściągnięto skórę z takowéj. Operacya ta nie wywarła żadnego wpływu na skurcze.

Na podstawie tych wyników dochodzi autor do wniosku, że w okresie skurczów miejscowych zaatakowanym jest rdzeń pacierzowy, a mianowicie jedynie ta część rdzenia, która odpowiada miejscu, w którem szczepienia dokonano. Jad tężcowy działa drażniąco na nerwy czuciowe obwodowe, te zaś przenoszą działanie to na komórki czuciowe rdzenia; wskutek podrażnienia tych ostatnich następuje podrażnienie odpowiednich komórek ruchowych, z których drogą obwodowych nerwów ruchowych przenosi się działanie jadu na pewną określoną grupę mięśni. Doświadczenia ze wstrzykiwaniem kokainy wykazują, że jad tężcowy działa również na zakończenia nerwów czuciowych, co zresztą wynika i ze zwiększonéj bolesności, występującéj przy uciskaniu mięśni skurczem dotkniętych. Z faktów tych wypływa, że skurcze tężcowe są pochodzenia odruchowego, występują zaś wskutek podrażnienia obwodowych nerwów czuciowych. (*Archives de médicine experimentale et d'anatomie pathologique* I. ser. T. IV. 1892). *Dr. Klecki.*

Chirurgija.

Benno Schmidt: Przyczynek do leczenia operacyjnego raka odbytnicy.

Dawniejsze metody operacyjne raka odbytnicy miały punktem wyjścia międzykrocze, skąd zapomocą cięcia okrawającego otwór stolcowy, dostać się było można ku górze wzdłuż odbytnicy do miejsca siedliska nowotworu. Ponieważ jednak sąsiedztwo części kostnych częstokroć utrudniało zadanie, w nowszych czasach wpadli chirurgowie na myśl (Kocher, Kraske, Bardenheuer), ażeby uzyskać dostęp od tyłu przez wycięcie kości ogonowej i części krzyżowej.

Sposób ten niewątpliwie daje dostęp lepszy i pozwala swobodniej operować w częściach zdrowych, pomimo to, jak przekonał się autor w operowanych przez siebie przypadkach, w połowie następują recydywy. Pomijając to, co zależy wreszcie nie tyle od sposobu operowania, co od samego przypadku chorobowego, „metoda krzyżowa“ ma ważną wadę, występującą przy zabliźnieniu się rany. Ponieważ odcinek górny kiszki prostej łączy się z dolnym za pomocą szwu okrężnego, występuje po zeszyciu zwężenie światła odbytnicy i nagromadzenie kału powyżej; zbierające się coraz w większej ilości masy kałowe z siłą szukają wyjścia i rozrywając zeszytą ścianę, tworzą w rezultacie *anus praeternaturalis* lub przynajmniej przetokę kałową. Dolny odcinek kiszki, jak to widział autor w swoich przypadkach ulega wtedy mocnemu zwężeniu, dochodzącemu niekiedy do zupełnego zamknięcia światła.

Oprócz tego wycięcie części kości krzyżowej w przypadkach autora stanowiło po wygojeniu ważną przeszkodę przy chodzeniu i siedzeniu.

W obec tego we wszystkich przypadkach, gdzie nowotwór rakowy nie jest umiejscowiony bardzo wysoko, autor wraca zawsze do operacyi na międzykroczu. Z pomiędzy znanych tego rodzaju metod używa on najchętniej sposobu Lisfranca, za pomocą którego operować można nawet te przypadki, gdzie rak sięga na 3—5 ctm. powyżej *m. sphincter.*

Jeżeli nowotwór znajduje się nisko i dochodzi aż do otworu zewnętrznego, wtedy odcina autor koniec kiszki okrężnie. Gdzie zaś nowotwor sięga wyżej i nie otacza wokoło ściany odbytnicy, operuje autor w sposób następujący. Po zrobieniu cięcia półkolistego przed lub poza *anus*, stósownie do umiejscowienia nowotworu, oddziela na tępo *rectum* ku górze z przodu względnie z tyłu; doszedszy do górnej granicy nowotworu wprowadza na palcu do odbytnicy jedno ostrze dużych nożyc Cowperowskich i przecina wzdłuż całą ścianę od zewnętrznego otworu aż do tego miejsca, ściąga o ile możności kiszkę ku dołowi i wykrawa całą część ściany zawierającą nowotwór, wracając cięciem znów na brzeg *m. sphincteris.* Niekiedy przy małych nowotworach można nie nacinać tego mięśnia, wtedy jednak nie widzi się wybranego kawałka ściany i kierować się można tylko czuciem palca.

Po wycięciu nowotworu ściąga się kiszkę jaknajniżej i zeszywa górny brzeg utworzonego braku z brzegiem otworu zewnętrznego w miejscu brakującego mięśnia. W ten sposób po zagojeniu się blizna nie ma kierunku poprzecznego, lecz przebiega półkolisto skośnie; z jednej więc strony unika się zwężenia okrężnego kiszki, z drugiej pozostaje względnie niezła *continentio alvi* dzięki pozostałej części m. *sphincteris.* O ile zatem „metoda krzyżowa“ daje lepszy dostęp przy wysoko umiejscowionych rakach i możność doszczętniejszego wycięcia nowotworu, o tyle po dawniejszych sposobach operowania na międzykroczu otrzymujemy o wiele lepsze wyniki funkcyjonalne. (*Deut. Zeitschrift für Chirurgie.* Nr. 34). *L. Kryński.*

Choroby oczne.

Knapp: Przypadek gruźlicy spojówki.

Przypadek gruźlicy spojówki rozpoznany i leczony przez autora, a następnie stwierdzony zarówno badaniem mikroskopowem jak i szczepieniem do przodkowéj komórki oka u 2 królików, nasuwa mu następujące uwagi:

1) Pytanie: *lupus* czy *tuberculosis* jest niewłaściwe, bo jeden i ten sam prątek jest przyczyną obu chorób. Zwykle opisują jako *lupus conjunctivae* te przypadki, w których sprawa chorobowa z zewnętrznej powierzchni powiek przeszła na spojówkę. Przypadek autora przemawia za tem, ze infekcyja spojówki nastąpić też może z nosa drogą kanału noso-łzowego, chory bowiem, o którym wspomina, przebył przed 4 ma laty *lupus nasi.*

2) Pierwotna gruźlica spojówki zdaje się być rzadką. Cesar Amiet na 47 przypadków *tuberc. conj.* widział tylko 8 razy pierwotną gruźlicę, a i z tych jeszcze jeden przypadek należy wykluczyć, bo gruźlicze zmiany pierwéj wystąpiły w naczyniówce. Fuchs przeciwnie utrzymuje, że w Wiedniu, gdzie dość często spotyka się z gruźlicą spojówki, w większości przypadków zmian gruzliczych w innych narządach wykazać nie można. Twierdzi on, że prątki gruźlicze z pyłem dostają się do worka spojówkowego, że drobne cząsteczki tegoż drażniąc mechanicznie spojówkę, sprowadzają małe ubytki przybłonka, przez co otwiera się droga do zakażenia spojówki. Zgodnie z tem twierdzi Valude na podstawie własnych doświadczeń, iż szczepienie gruźlicy w spojówce wtedy tylko się udaje, jeżeli wprowadzi się jad pod błonę śluzową.

3) Rozróżnienie gruźlicy od jaglicy może być nieraz trudne, decydującem tu jest wykazanie prątków gruźliczych.

4) Rokowanie zależy w pierwszym rzędzie od tego, czy gruźlica jest pierwotną, a więc lokalnem tylko cierpieniem spojówki, czy objawem ogólnéj gruźlicy. Jeżeli się nie usunie gruntownie lokalnych zmian gruźliczych w spojówce, wtedy ogólne zakażenie łatwo może nastąpić. Jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że samoistne wyleczenie lokalnéj gruźlicy w spojówce nastąpić może, jednak jest to rzadką rzeczą. Prócz niebezpieczeństwa, jakie grozi życiu chorego, dotkniętego gruźlicą spojówki, może stać się ona groźną dla samego oka jużto przez zniszczenie powiek, jużteż przez zmiany następowo w rogówce powstające.

5) Leczenie profilaktyczne polega na zniszczeniu doszczętnem wszelkich dostępnych ognisk gruźliczych jak guziczków wilkowych w skórze, wrzodów itp.; leczenie zaś istotne wymaga również usunięcia ze spojówki ogniska chorobowego nożem, łyżeczką lub galwanokauterem, poczem jako leczenie następowe polecają bardzo środki przeciwgnilne, zmywania sublimatem 1:5000 i jodoform.

Kończy swe uwagi autor zestawieniem dość jeszcze dziś szczupłej literatury o gruźlicy spojówki traktującej. — (*Arch. f. Aughlk.* B. XXII, H. 1).

Birnbacher: **Nowy sposób operowania Ptosis congenita.**

Ze wszystkich metod operowania *ptosis congen.* dwie dotychczas za najlepsze uznano, t. j. metody Pagenstechera i Panasa, mają i tak pewne ujemne strony. Pierwsza prowadzi nie rzadko do ektropium, druga pozostawia po sobie skutkiem wytworzenia się fałdów skórnych znaczne zeszpecenie. Nowa metoda, którą autor zaleca, ma tę korzyść, że przy możliwie małem zranieniu skóry przenosząc wprost działanie mięśnia czołowego na chrząstkę powierzchowną za pomocą krótkich silnych pasm tkanki łącznej, pozwala wygodnie podnosić powiekę a oszpecenia nie wywoluje. Operacyję należy wykonywać w następujący sposób: Przez skórę powieki górnej w miejscu odpowiadającem górnemu brzegowi chrząstki prowadzi się cięcie lekko łukowate, wypukłością łuku ku górze zwrócone, a po odpreparowaniu górnego brzegu chrząstki przeprowadza się przez nie trzy silne jedwabne nitki, jednę w środku brzegu górnego chrząstki, dwie z boku w symetrycznej od środkowej odległości (mniej lub więcej 7 ctm,). Każda nitka nawleczona jest na 2 igły, z których jedna służyła do przebicia brzegu chrząstki, a obecnie obie igły każdej z nitek przeprowadza się pod skórę ku górze i wykłuwa, także obok siebie w skórze pokrywającej łuk brwiowy. Środkową pętlę przeprowadza się wprost ku górze, dwie boczne nieco ukośnie ku górze zewnątrz tak, że punkty wykłucia leżą dalej od siebie niż punkty, w których pętle przez chrząstkę zostały przeprowadzone. Po naciągnięciu pętli tak, żeby górna i dolna powieka przy zamknięciu obu zaledwie się tylko brzegami stykały ze sobą, zawiązuje się każdą na osobnym wałeczku z gazy jodoformowej a ranę skórną zeszywa cienkim szwem. Pętle pozostają przez dni 20 do 25 poczem się je oddala i już wtedy widzieć można wyraźnie pod skórą bliznowate postronki w miejscach, gdzie nitki przechodziły. Operacya ta nie pozostawia po sobie żadnych śladów, skóra powieki jest normalnie stałdowaną a nawet przy podnoszeniu powieki nie widzi różnicy z okiem zdrowem nie operowanem. (*Centrbl. f. prakt. Angenheilh* 1892). *Dr. Langie.*

Choroby uszne.

Kayser (Wrocław): **O słyszeniu podwójnem** (*Diplacusis*).

K. rozróżnia *Dipl. dysharmonica* i *D. echotica*. W pierwszéj podnieta głosowa pojedyńcza daje się spostrzegać w obu uszach równocześnie ale jakościowo odmiennie, na chorem uchu jako wyższy lub niższy ton niż w zdrowem. W drugim rodzaju słyszy chory podnietę głosową również podwójnie lecz czasowo każdą odosobnioną a jakościowo równą tak, że chore ucho słyszy jakby odgłos szmeru. Jako przykład przytacza K. chorą, u której przedmiotowo wykazano mierny nieżyt ucha śr. i upośledzenie słuchu. Próba Webera dodatnia na chorém uchu, Rinnego ujemna. Rozmaite szmery słyszała na chorem uchu późniéj i słabiéj niż na zdrowem. Po zatkaniu jednego przewodu usznego słyszenie podwójne ustępowało. Słyszenie podw. dysharmoniczne tłómaczono zgodnie na podstawie teoryi Helmholtza rozstrojeniem narządu strunowego błony podstawowéj, tłómaczenie, które wystarczy tylko wtedy, jeżeli się równocześnie przypuszcza, że prawo energii swoistéj nerwów zmysłowych odnosi się także do każdego zosobna włókna nerwowego kończącego się w pewnym odcinku błony podstawowéj to znaczy, że np. włókno nerw. dla tonu c w jakikolwiek sposób drażniony pośredniczy w powstawaniu wrażenia c, niezależnie od ilości drgań połączonéj z nim części bł. podstawowéj. Tłómaczenie słyszenia podwójnego odgłosowego jest o wiele trudniejszém. Exner i Urbantschitsch wykazali, że podniety głosowe doprowadzone do jednego a późniéj do drugiego ucha czuje się pojedynczo, dopóki różnica czasu jest mniejsza niż 0·06 — 0·1" co K. na podstawie własnych doświadczeń potwiedza. To opóźnienie odczucia może być zależnem albo od przedłużenia okresu uderzenia tonu, od opóźnionéj recepcyi w narządzie ośrodkowym i od zwolnionego przewodnictwa nerwowego. W obec krótkości n. słuchowego takie zwolnienie musi już być znacznem, aby mogło sprowadzić słyszenie podwójne. K. wspomina jeszcze, że takie zwolnienie przewodnictwa w nerwie słuchowym może odgrywać rolę pewnych okoliczności np. w wiądzie pacierzowym. (*Archiv f. Ohrenheilk. B. 31 H. 2 u. 3*). *Dr. Spira.*

Choroby skórne i kiłowe.

Paltauf (Wiedeń): **Limfatyczne nowotwory skóry** [1]).

Na podstawie klinicznego i histologicznego badania zalicza P. następujące choroby skórne do téj grupy: *Mycosis fungoïdes* d'Aliberta, *Lymphodermia perniciosa* Kaposiego, jakoteż zmiany skóry występujące w przebiegu leukemii i pseudoleukemii.

Mycosis fungoïdes jest chorobą przewlekłą, która z początku występuje w postaci *erythema* lub *lichen*, wkrótce jednak charakteryzuje się guzami skóry, różnie licznemi, o różnéj wielkości, podobnemi do jablek rajskich. Choroba ta może trwać długie lata, a niekiedy przychodzi do gwałtownego wzrostu guzów, najczęściéj występuje u mężczyzn między 40—60 rokiem życia. W ogólności rozróżniamy 4 okresy téj choroby. 1-szy okres: ogniska do *erythema* podobne, w obwodzie się rozszerzające i mocno świerzbiące. 2 gi okres: *(stadium infiltrationis)* stałe guzki. 3-ci okres: (*stadium floritionis*) rozrost tych guzów. 4-ty okres: wystąpienie kacheksyi. Cierpienie to kończy się zazwyczaj śmiercią. W nielicznych przypadkach osiągnięto za pomocą arszeniku poprawę a nawet wyleczenie. P. obserwował 3 przypadki, dwa w klinice Kaposiego a jeden w klinice Neumanna. Badanie histologiczne 2 pierwszych przypadków wykazało, że guzy te nie mogą być policzone między tak zwane nowotwory granulacyjne. Bakteryje, mianowicie streptokoki, znaleziono w 3 przypadkach. Guzy w *mycosis fungoides* najwięcéj pod względem budowy swéj podobne są do *lymphosarcoma*.

Lymphodermia Kaposiego jest chorobą do pierwszéj bardzo zbliżoną. Na podstawie badania krwi, śledziony, gruczołów limfatycznych i szpiku kostnego, uważa ją Kaposi za leukemię przebiegającą ze zmianami na skórze. Zmiany na skórze w niczem od *mycosis* się nie różnią.

Co się tyczy zmian skórnych w leukemii i pseudoleukemii, to przedewszystkiem obraz ich zmienia się w miarę zmian podstawowéj choroby organizmu, skutkiem czego nie dają się one obecnie ująć w ramki opisu. (*Wr. med. Woch.* Nr. 41, 1892).

Hoffa (Würzburg): **Przyczynki do anatomii sklerodermatu.**

Przez skleroderma rozumiemy chronicznie przebiegające cierpienie skóry, występujące jużto w postaci rozlanéj lub ograniczonéj i doprowadzające do stwardnienia i zgrubienia zajętéj skóry. Etyjologija téj choroby jest jeszcze ciemną, a badanie anatomiczne nie doprowadziło do jednostajnych wyników. Przeszłego roku zgłosił się do autora mężczyzna dotknięty tą chorobą, która zajmowała skórę całéj wewnętrznej strony uda wzdłuż *vena saphena*. Ponieważ H. uważał zabieg operacyjny za jedynie skuteczny, wyciął część chorą skóry. Badanie anatomiczne wykazało: Przyskórek prawidłowéj grubości; warstwa rogowa przyskórka składała się z kilku warstw komórek płaskich. Warstwa brodawkowa tu i ówdzie wydłużona. Cebulki włosowe, gruczoły potne i łojowe nie przedstawiają żadnych zboczeń, a tylko w tkance łącznéj otaczającéj ujścia gruczołów, znajdował się naciek drobnokomórkowy. Naciek ten obejmował także ściany naczyń brodawkowych. *Corium* składa się w warstwach powierzchownych i głębszych z wiotkiéj tkanki łącznéj. Włókna elastyczne występują odosobnione. *Adventitia* tętnic

[1]) Wykład wygłoszony na zjeździe derm. w Wiedniu 1892.

naciekła w ograniczonych ogniskach, podobnie *media* i *intima*. Pojedyncze włókna komórkami rozdzielone tak, iż rysunek zanikł, wszystkie warstwy są znacznie zgrubiałe, a światło naczyń znacznie zwężone, często zupełnie niedrożne. W tkance podskórnéj tłuszczowéj ów naciek komórkowy jest również dokładnie widoczny. Nerwy nie przedstawiały żadnych zmian anatomicznych. Z opisu tego wynika, że główne zmiany grupują się w naczyniach i koło naczyń, czyli że mamy do czynienia z *peri, meso* i *endarteritis fibrosa*. Okres tych zmian jest okresem pierwszym. Z infiltracyi komórkowéj wytwarza się zbita tkanka łączna, która stanowi przyczynę twardości skóry. Bakteryj nie znaleziono. (*Münch. med. Wschrft.* Nr. 35, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby dzieci.

Ehrendorfer (Insbruck): **Zakażenie pępowiny u osesków i jéj leczenie.**

Autor obserwował w klinice położniczéj w Insbruku na 95 zmarłych osesków 16 przypadków zakażenia pępowiny stwierdzonych na stole sekcyjnym; z tych 9 było *arteriitis umbilicalis*, 4 *phlebitis*, a 3 *arteriitis* i *phlebitis*. — Sekcyje osesków zmarłych po 2-im tygodniu życia, wykazywały jako przyczynę śmierci ropnicę, w pierwszéj połowie drugiego tygodnia posocznicę, zapalenie płuc, katar kiszek, a w pierwszym tygodniu wątłość ogólną. Odpadnięcie pępowiny to zwykła zgorzel sucha (mumifikcyja), a jeżeli przychodzi do wydzielenia cieczy ropiastéj, ropnéj lub gnilnéj, to proces ten zaczyna się zawsze w tkance kołonaczyniowéj, które koło tętnicy pępkowéj silniéj jest rozwinięte, następowo przechodzi na ściany tego naczynia i tworzy w nim skrzep. Odpowiednia profilaksa pępowiny, aż do chwili odpadnięcia jéj może uchronić od tak częstéj choroby osesków nader niebezpiecznéj a w samych początkach trudnéj do rozpoznania. Stworzenie warunków korzystnych dla nekrozy suchéj, przy odpowiednem utrzymaniu czystości dziecka za pomocą kąpieli, to pierwszy warunek należytego obchodzenia się z pępowiną, ztąd też owijanie brzuszka oseska i dolnych kończyn grubemi flanelami lub materyjami nieprzemakalnemi jest szkodliwe, bo wilgoć nadmierna skutkiem silnego przeziewu skórnego wobec zmniejszonego dostępu powietrza utrudnia mumifikacyję, a ułatwia powstanie zgorzeli wilgotnéj.

Autor zaleca następujące postępowanie z pępowiną: po wykąpaniu oseska raz lub dwa razy dziennie w czystéj ciepłéj wodzie, należy zostawić pępowinę *in situ*, owinąć ją płatem płóciennym posypanym na stronie przylegającéj do pępowiny zasypką salicylową (*1 acid. salic.* i *5 amyl.*) lub dermatolową (*dermat. amylum āā*) i następnie zwykłą opaską brzuszną owinąwszy, ustalić w położeniu. Nadmierne wykonywanie ruchów pępowiną i układanie je na boki jest szkodliwe, gdyż przez to może pęknąć owodna w pierścieniu pępkowym, nim zacznie usychać pępowina, przez co otwarta brama dla wszelkich zarazków. Jeżeli po odpadnięciu pępowiny wystąpią naokoło rany pępkowéi objawy reakcyi zapalnéj, to po kąpieli należy zapuścić na ranę 1 do 2 kropli 2% rozczynu azotanu srebrowego. Gdy się już rozwija zgorzel wilgotna, to po kąpieli należy obmyć pępowinę rozczynem octanu glinowego, zapuścić 1 do 2 kropli 3—4% rozczynu karbolu, osuszyć i zasypać wyż wspomnianemi zasypkami. Stosowanie jodoformu się nie zaleca, gdyż przez to tylko wessanie produktów rozkładowych staje się więcéj ułatwionem. (*Wiener med. Presse* Nr. 40—42, 1892).

Heubner: **Choroba do gnilca podobna u osesków rachitycznych** (*Morbus Barlowi*).

Autor spostrzegał 4 przypadki téj choroby u osesków w wieku między 12 a 14 miesiącami i zebrał z literatury podobne przypadki jako gnilec lub ostrą krzywicą opisywane. Choroba ta wydarzająca się u osesków rachitycznych przypada prawie zawsze w okresie ząbkowania lub odstawienia od piersi, a objawami charakterystycznemi są brak apetytu, bezsenność, bóle w kościach długich i to w części środkowéj (*diaphysis*) wynaczynionki, krwotoki w częściach głębszych jak mięśniach, tkankach podskórnych, nieregularna gorączka czasem białkomocz. Pierwszy Barlow wykazał, że te bóle podobne do reumatycznych i połączone z niemi upośledzenie ruchów polegają na głębokich wynaczynieniach mięśniowych i podokostnowych, dających nieraz powód do oddzielenia się epipfizy od diafizy. Nietylko zmiany anatomiczne ale i etyologija téj choroby jest wspólna z gnilcem, albowiem przyczyną jéj jest brak świeżego powietrza i niedostateczne pod względem jakościowym odżywienie.

Badania Cheadla wykazały, że choć w proletaryjacie jest ich dużo dzieci obdarzonych krzywicą, to jednak bardzo rzadko zapadają na *morbus Barlowi*, gdyż o wiele wcześniéj dostają pożywienie świeże roślinne (ziemniaki, jarzyny). Leczenie polega na usunięciu przyczyny wywołującéj tę chorobę, a więc na obfitym dopływie świeżego powietrza i podawaniu w dostatecznéj ilości odpowiednéj mieszanéj dyjety, jak mleka, rosołu, jarzyn, wina węgierskiego lub malagi z sokiem tartego mięsa i nieco soku owocowego (jabłkowego) 2—3 łyżeczek. Spełniając te warunki, można razem z odpowiedniem symptomatycznem leczeniem miejscowem bez podawania wewnętrznych środków leczniczych, chorobę tę w krótkim czasie, bo w przeciągu kilku tygodni, zupełnie usunąć. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* N. F. XXXIV B. 411, 1892). *Dr. Komorowski.*

Położnictwo.

H. Fehling: **O pęknęciach macicy.**

Na podstawie niżéj opisanego przypadku zbiera autor wiadomości tyczące się pęknięcia macicy. Historya choroby następująca: L. B. żona wyrobnika l. 36, raz porodziła dziecko bardzo małe, wśród silnych bólów w kwietniu 1890 r. Ostatnia ciąża zaznaczyła się tylko w końcu samym bólami zajmującemi uda, krzyże i dolną część brzucha, które zniewoliły ją do pozostania w łóżku przez ostatnie 4 tygodnie. Pierwsze bóle porodowe wystąpiły 24. I. 1892 wieczorem. 25. I. o godz. 3 rano badanie wykazało: Brzuch obwisły, macica zbacza na prawo i sięga dnem na szerokość dłoni pod prawy łuk żebrowy. Grzbiet płodu na lewo, tamże tętno płodowe, główka ruchoma nad wchodem. Podczas badania wewnętrznego pękł pęcherz, poczem ujście się zamknęło, główka została wysoko szwem strzałkowym poprzecznie, ciemię duże po stronie prawéj. Pomiar miednicy wykazał: u osoby 141 ctm. wysokiéj: *spin.* 22 ctm. — *Crist.* 26·5 — *Trochant* 29.5 — *Conj. ext.* 17·5 — *Conj. diag.* 9 — *Conj. v.* 7·5—7·7 ctm. Wzgórek krzyżowéj kości wchodzi kończasto w miednicę, trzon pierwszego kręgu krzyżowego lekko wypukły — mały stopień podwójnego wzgórka krzyżowego. Boczne ściany miednicy dają się łatwo wybadać, cała miednica przedstawia się jako ogólnie ścieśniona, płaska. Wystawanie pierwszego kręgu krzyżowego jest jedynym śladem krzywicy.

Wobec tych warunków postanowiono jeszcze czekać, gdyż płód żył, a główka ruchoma stała za wysoko, aby się kusić o wydobycie jéj kleszczami. O godzinie 10 rano bóle przybrały znacznie na sile, częstości i bolesności, a dyżurny stwierdził podnoszenie się pierścienia skórnego, który już w wysokości pępka przebiegał ukośnie ku górze i stronie lewej, poczem oddalił się na chwilę, aby zatelefonować po asystenta. Powróciwszy zauważył, że bóle ustały, pierścień stał się mniej wyraźnym, wystąpiły wymioty, stan ogólny zły. Z pochwy wydobywa się krew. Przybyły F. wraz z Dr. Zinsstagiem stwierdzili zapad, tętno 100 niezbyt silne, ciepłotę 36·4. Pośladki i części drobne płodu wyraźnie wyczuwalne pod powłokami brzusznemi, od przodu i na prawo od spojenia łonowego guz miękki chełboczący odpowiadał krwi wynaczynionej. Na prawo nad pośladkami płodu, pod łukiem żebrowym miernie twardy guz wielkości pięści odpowiadał wypróżnionej, skurczonej macicy. Główka ustalona we wchodzie, szew strzałkowy blizko spojenia łonowego, ciemię wielkie na prawo, zatem położenie czaszkowe I, ustawienie ciemieniowo tylne. Na podstawie wyniku tego badania rozpozrano pęknięcie macicy i wydobycie się górnej połowy płodu do jamy otrzewnowej.

O godzinie 2,15 przystąpiono do operacyi, którą rozpoczęto w uśpieniu wymóżdżeniem, poczem płód wydobyto,

chociaż barki stawiały opór we wchodzie. Zaraz za płodem wypłynęło z pochwy sporo krwi częścią skrzepłej, częścią płynnéj. Bezpośrednio potem wprowadzona ręka znalazła macicę próżną, dobrze skurczoną, zbaczającą nieco ku stronie lewej, a palec prowadzony po pępowinie wchodzi po przedniej ścianie macicy do jamy otrzewnowéj. Przez pociąganie za pępowinę wydobyto łożysko wraz z błonami, a za niem odpłynęło dosyć dużo krwi i smołki. Teraz stwierdzono, że pęknięcie duże, nieregularne, przebiega w przedniej ścianie macicy od dołu i strony prawej ku górze i lewej i że pękła i otrzewna przedniego zaułka Douglasa. Pęknięcie zatampowano gazą jodoformową i przystąpiono zaraz do otwarcia jamy brzusznéj ze względu na wielkość przedarcia, zanieczyszczenie otrzewnej i ciągłe krwawienie obok nie złego jeszcze stanu chorej. Od pęknięcia upłynęły 4 godzidziny. Po otwarciu jamy otrzewnowéj pokazała się macica dobrze skurczona w dolnej części brzucha, a tak przed nią jak i po za nią, jakoteż między pętlami jelit, sporo krwi, smołki i części mazidła. Aby wszelkie ciała obce usunąć, zebrano je naprzód gąbkami i kompresami mulowemi, poczem wypłukano jamę otrzewnową fizyologicznym rozczynem soli kuchennéj.

Następnie w położeniu Trendelenburga usunięto jelita ku górze i wytoczono macicę przed powłoki brzuszne. Potwierdzono pierwéj rozpoznane pęknięcie, pokazało się jednak, że górny jego koniec sięga aż do przyczepienia się więzu okrągłego i w tem miejscu zajmuje tylko otrzewną i zewnętrzną warstwę mięśnia macicznego. Od tyłu i strony lewéj znaleziono drugie jeszcze pęknięcie, poczynające się tuż obok przyczepu więzu jajnika lewego, a idące ku dołowi przy samym jajniku w wiąz szeroki lewy. Pęknięcie to zajmowało wszystkie warstwy, a brzegi jego w dolnej połowie silnie broczyły.

Z powodu zbyt niskiego położenia pęknięć, nie można było założyć podwiązki elastycznej, zatem operacyi Porry nie robiono, tylko zeszyto obie rany, naprzód tylną, potem przednią szwami zabierającemi wszystkie warstwy. W miejscach, które jeszcze broczyły, założono dodatkowo powierzchowne szwy na błonę surowiczą. Ponieważ w niektórych punktach jeszcze się krew pokazywała i ze względu na zanieczyszczenie smołką jamy otrzewnowéj założono gazę jodoform. od tyłu i strony lewej, okrążając więc szeroki lewy do przedniego fałdu Douglasa, koniec zaś gazy wyprowadzono na zewnątz przez dolny koniec rany w powłokach brzusznych, poczem ją zaszyto i założono opatrunek jodoformowy uciskający. Operacya trwała godzinę. Przebieg po niej zupełnie pomyślny, bo chora wstała w 3 tygodnie zupełnie zdrowa, a w miesiąc opuściła klinikę. Ostatnie badanie wykazało: niezupełne jeszcze zwinięcie macicy, przyrośniętej do dolnego odcinka rany brzusznej, część pochwową bardzo małą z blizną w środku wargi przedniej. W lewem parametryum można wykazać przez sklepienie mały obrzęk, nieco bolesny. Przy sposobności zwraca autor uwagę na możebność pęknięcia samoistnego ściany macicy w trzonie, chociaż temu przeczą nawet z poważnych stron.

Na podstawie tego przypadku rozwiązuje autor 3 pytania nader ważne, szczególniej dla lekarza praktycznego: 1) Jakie są przyczyny pęknięcia macicy; 2) czy łatwo może lekarz rozpoznać grożące lub już powstałe pęknięcia; 3) jak ma sobie radzić w tych przypadkach? Bandl widzi przyczynę pęknięcia w nadmiernem wyciągnięciu szyi macicy, co Schröder uzupełnia twierdzeniem, że rozciągnięcie szyi i dolnego odcinka macicy stanowi podstawę pęknięcia. W częściach tych pęka ściana macicy poprzecznie lub skośnie, w trzonie zaś podłużnie, zawsze w kierunku odpowiadającym przebiegowi wiązek mięsnych. Położenie pęknięcia bywa różnem, najczęstsze bywa w ścianie przedniej, z której zaś strony, zależy od ustawienia grzbietu i główki płodu. Tłomaczy zaś tem swoje zdanie, że mimo fizyologicznego nachylenia macicy ku przodowi, bywa ona jednak silnie na bok przeciągniętą, gdy istnieje niestosunek porodowy, a główka poprzedza, lub gdy położenie płodu jest poprzecznem, równocześnie zaś zwraca się jednym bokiem ku przodowi, co wywołuje nader silne wyciągnięcie jednéj ściany. Gdy się nadto rozważy, że to naciągnięcie jest zwiększonem albo przez grzbiet, zwrócony ku przodowi, albo przez barki, albo też przez główkę ustawioną nieprawidłowo, jak to miało miejsce w przypadku opisanym, to warunki dla pęknięcia przedniéj ściany macicy są bardzo sprzyjającemi. — Dlatego radzi autor w przypadkach ścieśnienia miednicy, a nieprawidłowego ustawienia główki, wybadania dokładnego w uśpieniu połową ręki ułożenia ciemion, a w razie jakiéjś w niéj nieprawidłowości grożącéj pęknięciem, przywrócenie ustawienia prawidłowego. Zbyt silne bóle, nadużywanie tłoczni brzusznej i wprowadzenie ręki i ramienia do odcinka rozdętego, powiększają niezmiernie niebezpieczeństwo.

Do rzadkości zaś należy, aby stluszczenie ściany macicy, lub ścieńczenie téjże z jakiego bądź powodu, stawało się samo przyczyną pęknięcia, jak n. p. po poprzednich pęknięciach lub cięciu cesarskiem.

Podobnie jak opór pierścienia miednicowego mogą wywołać pęknięcie zwężenia bliznowate pochwy, ale te ostatnie częściéj same pierwej pękają.

Pęknięcia sztuczne zdarzają się najczęściej podczas obrotu, gdy się go wykonywa albo przed rozwarciem ujścia zew., albo gdy już nastąpił skurcz tetaniczny macicy. W tych przypadkach uśpienie przynosi wielką pomoc. Operacyje kleszczowe, lub wydobycie ręczne łożyska pociągają za sobą pęknięcie w nader rzadkich przypadkach. Wogóle lekarz praktyczny może najłatwiej uniknąć tego przykrego powikłania, gdy pamięta dobrze o wszystkich warunkach, jakie towarzyszą trudnemu śródmacicznemu zabiegowi.

Co do pytania drugiego, to o ile łatwem jest rozpoznawanie pęknięcia już dokonanego, o tyle trudniejszem i ważniejszem jest rozpoznanie grożącego.

U wielorodek 7 razy częściej przydarza się pęknięcie, aniżeli u pierwiastek, choćby nawet czas trwania porodu nie był długim. Decydującemi w rozpoznawaniu są: wymiary miednicy i zachowanie się główki płodu, t. j. odległość ciemion, szerokość szwów, twardość, przesuwalność i podatność kości tejże (Müller) z uwzględnieniem siły, ciężkości i działalności bólów. (Dok. nast.).

Choroby umysłowe.

Krypiakiewicz (Lainc): **O wpływie obniżenia się ciśnienia atmosforycznego na umysłowo chorych.**

K. poruszając znaną już rzecz, że jak przypadki samobójstw, tak i przypadki zboczeń umysłowych najczęściej na wiosnę i w jesieni się zdarzają, dodaje własne spostrzeżenia, poczynione w zakładzie prywatnym dla chorych umysłowych w Laincu. Główny wpływ na chorych umysłowych z wszystkich atmosferycznych i kosmicznych czynników, zdaje się mieć obniżenie się ciśnienia atmosferycznego; ile razy bowiem barometr spada, chorzy przedtem spokojni doznają podniecenia, dotknięci niedołęstwem porażennem doznają napadów drgawkowych, chorzy z wstrętem do pokarmów usilniej niż zwykle wzbraniają się przyjmować pokarmu. W jaki sposób wpływa obniżenie się ciśnienia atmosferycznego na ustrój nerwowy, pozostawia K. dla braku jakichkolwiek danych nierostrzygniętem.

Równorzędnie z temi spostrzeżeniami twierdzi K., iż na zasadzie statystycznych zapisków zakładu w Laincu, w porze jesiennej i wiosennej zwiększa się śmiertelność.

Stała ciepłota, n. p. zimno stale się utrzymujące, zapewnia chorym umysłowym zupełny spokój; znaczne gorąca wprawdzie upośledzają sen ale niepokoju niewywołują, jeżli równorzędnie z niemi ciśnienie jest stałem i prawidłowem (760 mm).

Ponieważ doświadczenie pouczyło, iż z chwilą obniżenia się ciśnienia atmosferycznego, pojawiał się niepokój u chorych i stan ich się pogarszał, przeto stosuje się w zakładzie w Laincu w dniach tych znaczniejsze dawki soli bromowych. O skutku tej terapii nie może K. wydać sądu; nie możliwem jest bowiem udowodnienie, czy brom podany spokój chorym zapewnia; albowiem możliwem jest, że i bez

użycia bromu chorzy nie ulegaliby niepokojowi. (*Jahrb. für Psychiatrie* B. XI. H. 3).

Medycyna sądowa.

Herbert W. Page: **Uszkodzenia kolejowe pod względem klinicznym i sądowym.** (*Eisenbahn-Verletzungen in forensicher und Klinischer Beziehung von H. Page. Autorisirte deutsche Uebersetzung von Dr. Placzek Assistent der Dr. Oppenheim'schen Nervenpoliklinik.* Berlin, 1892 r. str. 112.

Poważna pod względem treści i zapatrywań autora na temat obrany monografija, nie różni się niczem od wyczerpującéj pracy Oppenheima co do przedstawienia obrazu nerwic urazowych. Natomiast część sądowa, mianowicie rozdziały o symulacyi, agrawacyi i orzeczeniach sądowo lekarskich przynosi niektóre cenne i ważne uwagi.

Autor jest również tego zdania co i Oppenheim, iż symulacyja nerwic urazowych jest trudną i rzadką, natomiast częściéj spotyka się w praktyce z agrawacyją, t. j. przesadnem użalaniem się na uszkodzeniem wywołany stan chorobowy. Zresztą przesada w określaniu pojedyńczych objawów chorobowych często nie bywa rozmyślną; przesada w tym kierunku stanowi zwykłe piętno obrazu macinnictwa, do którego przecież obraz nerwicy urazowéj jest bardzo zbliżonym.

Co do symulacyi, to wiadomem jest powszechnie, iż zmyślone stany chorobowe mają za podstawę zwykle objawy, które dawniéj chory na sobie zauważał, a obecnie w pamięci jego napowrót odżyły. Możliwem jest jednak, iż istnieje bezwzględna symulacyja, o ile objawy nerwic urazowych, dzięki rozchwyceniu publikacyj w tym kierunku ogłoszonych, jak również dzięki częstym wzmiankom w łamach pism codziennych umieszczonych, zna dokładnie szeroka publiczność, zwłaszcza w Niemczech, Anglii i Francyi. Mimo to jednak sumienne a przedmiotowe badanie lekarskie w każdym przypadku zastosowane, ścisłe uwzględnienie wywiadów co do chorego, przekonanie o jego pozycyi socyalnéj, stanie poprzednim zdrowia, o rodzaju przypadku, jakiemu uległ, o uszkodzeniu pierwotnie odniesionem. wogóle o każdym szczególe zajścia i choroby, będzie w stanie umożliwić rozróżnienie symulanta od istotnie chorego.

Prawie we wszystkich przypadkach obecnych zauważa się ten objaw zasadniczy, iż choroba znacznie zaczyna ustępować od téj chwili, w której poszkodowanemu, w myśl istniejącego prawa o odszkodowaniu, takowe w oznaczonej sumie przyznawanem zostaje. Ze wszech miar prawdopodobnem być się zdaje, iż gdyby nie istniało prawo odszkodowania, wszyscy podobnie chorzy o wiele prędzéj zdrowie osiągnęliby, gdyż wola własna u każdego chorego w kierunku uzyskania jak najrychléj zdrowia wieleby oddziałała

Wobec zaś świadomości chorego, iż odszkodowanie mu słusznie się należy, wola jego mimowiednie nie tylko że w kierunku uzyskania zdrowia nie działa, lecz owszem stara się przebieg choroby rozszerzyć, aby tylko nie utracić zysku z odszkodowania. Objaw ten przeważnie jest wypływem saméj choroby, a nie chęci symulacyi. „Orzeczenie sądowo-lekarskie winno być przedmiotowym wyrazem umiejętnego rozpoznawania, winno być bezstronnem i bez uprzedzenia; nie powinno zawierać prawd połowiczych“.

Lekarz sądowy winien mieć na pamięci słowa Clintona, które tenże w formie przestrogi udziela lekarzowi wydającemu sąd swój przed trybunałem: „Znawcę zapytuje się sąd o rzeczy istotne wedle jego zapatrywania. Można od niego zażądać także i zapatrywań jego na rzeczy hypotetyczne z dokładnem umotywowaniem tychże. Zadający pytania często nadużywa prawa swego. Jeźli jednak znawca ma na pamięci godność swego stanu, że jako przyjaciel sprawiedliwości tylko prawdę ma głosić, wówczas sprzeczne i krzyżujące się pytania z drogi prawdy go nie sprowadzą. Z pokojem i godnością odpowie na każde pytanie w słowach prostych i możliwie jasnych. Znawca tego rodzaju nie dozna żadnych wyrzutów sumienia, a poważanie i uznanie ze strony trybunału będzie mu zasłużoną a pewną nagrodą“.

Dr. Wachholz.

Notatki lecznicze.

W *Berliner kl. Woch.* Nr. 47 r. 1892 omawia Dr. Heinz zastósowanie lecznicze dermatolu Otóż *a)* w chirurgii najlepszym okazał się: w świeżych ranach, ranach dawniejszych mało lub nieropiejących i oparzeniach. *b)* w gynekologii; w świeżych ranach np. po laparatomii i plastyce lub w leczeniu np. jam wysiękowych, worków ciąży pozamacicznéj itd. *c)* w dermatologii: na świeże powierzchowne zapalenia np. *Eczema, Intertrigo* (zwłaszcza u dzieci) wrzodach na stopach lub podudziach, *balanitis*, w operacyjach *phimosis*, na *ulcus molle*, pocenie się nóg. *c)* w chorobach ucha np. w *Otitis externa v. media. d)* w chorobach nosa po wszystkich galwano kaustycznych operacyjach. *e)* w medycynie wewnętrznéj zalecają go gorąco Calasanti i Dutti na wszelkiego rodzaju biegunki np. gruźlicze, durowe, zimnicze, itd., a podają go od 2·00—6·00 dziennie w 4 dawkach. *Dr. Olszewski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 9 listopada 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 43.
Gość Dr. Władysław Papiewski z Warszawy.

1) Protokół z ostatniego zwyczajnego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. przewodniczący zawiadamia, że komisyja wodociągowa ukonstytuowała się, obierając przewodniczącym kol. Ponikłę, zastępcą przewodniczącego kol. Kwaśnickiego; referat sprawy objął kol. Browicz, następnie że p. prezydent miasta zezwolił komisyi na wglądanie w akta komisyi wodociągowéj miejskiéj.

3) W dalszym ciągu dyskusyi nad przypadkiem jamy w czaszce przedstawionym na ostatniem posiedzeniu przez kol. prof. Obalińskiego zauważył kol. prof. Browicz, że jama ta, mająca kształt lejka, była wyścieloną tkanką granulacyjną i błoną pajęczą, treścią zaś jéj było tylko powietrze, gdyż gazy gnilne można wykluczyć na podstawie objawów klinicznych. Powstanie zaś téj jamy tłomaczy sobie w sposób następujący: U kobiety téj, u której na drugi dzień niebyło żadnych objawów ze strony mózgu, przyszło do rozległego obumarcia urazowego tkaniny mózgowéj (*necrosis traumatica*), następnie w miarę resorbcyi produktów nekrotycznych wciskało się powietrze od zewnątrz przez szczelinę w oponie twardéj, w ten sposób powstała jama tych rozmiarów, jakie zauważono po pierwszy raz w 21 dniu po urazie.

Kol. Pieniążek zgadza się na ten sposób tłomaczenia powstania rzeczonéj jamy, tylko wyklucza uszkodzenie opony twardéj w zakresie rany, przypuszcza natomiast uszkodzenie téjże w bezpośredniem sąsiedztwie zatok kości czołowéj *(sinus frontales)*.

Kol. Obaliński sądzi, że należy przypuszczać istnienie szczeliny w oponie twardéj gdzieś w bezpośredniem otoczeniu rany, gdzie bardzo łatwo odszczep kości mógł takową uszkodzić, szczelina zaś tam umiejscowiona była niedostępną dla oka badającego. Niejasnem jednak zawsze pozostaje to, że przypady mózgowe potęgowały się do zupełnego porażenia aż do chwili nacięcia opony twardéj, w kilka zaś godzin po otwarciu jamy nasilenie porażeń znacznie się zmniejszyło, już na drugi dzień chora odzyskała mowę. Zwraca daléj uwagę na szczegół ten, że po uszkodzeniu mózgu zwykle mózg z rany wypada, powstaje *prolapsus cerebri* dochodzący nieraz wielkości pięści, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie powstaje ropienie; w przedstawionym przypadku mózg nietylko nie wypadł lecz przeciwnie zmniejszył swą objętość, być może, że to zależy od aseptycznego utrzymania rany.

4) Kol. prof. Korczyński imieniem komisyi przemysłowo-lekarskiéj działając w myśl uchwały tejże komisyi z dnia 29 października 1892 przedstawia do polecenia jako przetwory lecznicze zupełnie odpowiednie do używania w praktyce lekarskiéj: *a)* Pastylki z węglanem gwajakolowym

wyrabiane przez apt. mag. farm. K. Wiszniewskiego w Krakowie, z których każda zawiera po 0·50 węglanu gwajakolowego z fabryki Haydena w Bodenbach. *b*) Miody lecznicze jak: rebarbarowy, kaskarowy, pepsynowy, chinowy i chinowo-żelazisty, wyrobu apt. mag. farm. K. Wilczyńskiego. *c*) Wodę kreozotową wyrabianą przez aptekarza Dra Jana Siedleckiego, w dwóch gatunkach na wodzie sodowéj z dodatkiem koniaku, ulepku i spirytusu miętowego (mocniejsza zawiera na 900 grm. 0·50, a słabsza 0·25 kreozotu).

Wnioski powyższe Tow. lek. krak. jednogłośnie w uchwałę zmieniło.

Na interpelacyję kol. prof. Rydygiera, czy i w jaki sposób wykonywa kom. przemysłowo-lekarska ciągłą kontrolę nad sposobem wyrabiania przetworów polecanych przez Towarzystwo, a zwłaszcza higienicznéj wody sodowéj pp. Rzący i Chmurskiego, któréj to wody opatrzonéj napisem „Woda higieniczna sodowa wyrabiana pod kontrolą Tow. lek. krak.“ kilka flaszek napotkano z zawartością nie do użycia, —

Kol. prof. Korczyński odpowiadając imieniem komisyi przemysłowo-lekarskiéj nadmienia, że woda sodowa K. Rzący wyrabiana na wodzie źródlanéj idealnéj dobroci, właśnie z téj przyczyny poleconą została przez Tow. lek., które na swą komisyę przemysłowo-lekarską nałożyło obowiązek kontrolowania wyrobu tejże wody, że woda ta jest jedyną w Krakowie wodą sodową, którą jako prawdziwie higieniczną polecić można, podczas gdy wszystkie inne wody sodowe warunkowi temu w tym stopniu nie czynią zadość, daléj że z ramienia komisyi przemysłowo-lekarskiéj Proff. Olszewski i Jaworski często kontrolują szczegółowo tak skład chemiczny wody źródlanéj do fabrykacyi używanéj, jakoteż czystość i dobroć wszystkich przyrządów i przyborów do wyrobu wód gazowych służących, wreszcie, że pp. Rząca i Chmurski zastosowali się do wszystkich wskazówek i wymagań komisyi przemysłowo-lekarskiéj i że wyrabiają wszystkie wody gazowe w sposób zupełnie prawidłowy. Że w jednym ze składów aptecznych wydano flaszkę wody sodowéj higienicznéj rozłożonéj, temu według ścisłych dochodzeń, podjętych przez komisyję przemysłowo lekarską, fabryka wcale nie jest winna, tylko właściciel drogueryi, który wbrew własnemu interesowi i przeciw obowiązującym przepisom wydał flaszkę wody, która u niego przez trzy lata pozostawała w nienależytem przechowaniu. Woda ta zachowana w dobréj piwnicy, nawet po 2 latach jest zupełnie czystą i świeżą. Komisyja przemysłowo-lekarska po dokonanym rozbiorze chemicznym i bakteryjologicznym odesłała sprawę tę do prezydenta miasta z wnioskiem o przykładne ukaranie właściciela składu aptecznego za sprzedawanie wody kilkuletniéj nie należycie przechowanéj, a przez to rozłożonéj. Wreszcie kol. prof. Korczyński nadmienia, że jak słusznem jest, aby każdy z członków Towarzystwa lek. stał na straży jego honoru i godności, tak z drugiéj strony godziwą jest rzeczą, aby każdy, mający jakiekolwiek wątpliwości co do przetworów przez Tow. lek. polecanych informował się o właściwym stanie rzeczy najpierw w komisyi przemysłowo-lekarskiéj, zanim sprawę tę na posiedzeniu Tow. lek. poruszy. Przeciwne postępowanie bardzo często szkodę niezasłużoną przynieść może przemysłowi krajowemu w zakresie lecznictwa, a przemysł ten świeżo budzący się wymaga wielkiéj opieki i taktownéj ochrony ze strony lekarzy i Towarzystw lekarskich.

Kol. prof. Rydygier przyznaje, że niewiedział, że komisyja przemysłowo-lekarska wykonywa tak ścisłą kontrolę nad sposobem wyrabiania wody sodowéj przez pp. Rzącę i Chmurskiego i niemiał wcale zamiaru szkodzić takowym, a sądzi, że interesowani powinni mu nawet być wdzięcznymi, gdyż sprawa ich tylko zyskała na tem, że została wyjaśnioną.

Kol. Paszkowski czyni wniosek, aby wyrazić uznanie doniosłego działania komisyi przemysłowo-lekarskiej. Takowy jednomyślnie uchwalono.

Wniosek zaś kol. Zarewicza, aby polecić komisyi przemysłowo-lekarskiéj, aby wpłynęła na pp. Rzącę i Chmurskiego, aby pilnowali tego, ażeby w składach woda ich wyrobu dłużéj nad rok nie zalegała, pozostał jako taki.

Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 grudnia. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krak. w dniu 7 grudnia odbytem kol. prezes Ponikło powitał obecnych na posiedzeniu gości prof. Dra Kostaneckiego i Dra Borzęckiego. Kol. Pieniążek przedstawił uszypułkowany nowotwór, który wyciął choremu; nowotwór ten był usadowiony w tyle nasady języczka, zkąd na długiéj szypułce zwisał tak, że dolną część połyku prawie wypełniał i ugniatał nagłośnię ku tyłowi. Kol. Olszewski okazał stethophonometer (wynalazku Bettelheima i Gärtnera), służący do oznaczania nasilenia tonów serca i szmerów oddechowych. W dyskusyi zabierali głos koll. Mars i Szewczyk. — Kol. Wachholz miał odczyt o samobójstwie wogóle, a w szczególności w Krakowie w ciągu ostatnich lat 12 ze stanowiska sądowo-lekarskiego. — W dyskusyi zabierali głos koll. Borzęcki, Cybulski, Ponikło i prelegent. — Kol. Prezes zamykając posiedzenie oznajmił, iż posiedzenie wyborcze odbędzie się dnia 21 grudnia i zaprosił członków do jaknajliczniejszego udziału. — Dr. Aleksander Rosner złożył na ręce prezesa Tow. kwotę 10 złr. na fundusz wdów i sierót po lekarzach. Przesłano do Tow. lek. gal. we Lwowie.

* Wyszedł z druku zeszyt 15 „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“ pod redakcyją prof. Dra Edwarda Korczyńskiego. Zeszyt ten zawiera rozprawę Dra Józefa Bogdanika, prymaryjusza szpitala powszechnego w Białej, p. t. „Antiseptyka i aseptyka“. Autor nadał pracy swéj postać klinicznego wykładu. Rzecz w ten sposób przedstawiona ma formę gładką, do czytania ponętną i niewątpliwie każdy lekarz praktyczny przeczyta ją chętnie i z korzyścią, tembardziéj, że Dr. Bogdanik znany jest jako doświadczony i biegły chirurg i jako autor, którego liczne prace na polu chirurgii praktycznéj cenione są nietylko przez swoich ale i przez obcych.

* Prymaryjusze wraz ze sekundaryjuszami i praktykantami szpitala św. Łazarza, złożyli zamiast wieńca na trumnę śp. kol. Dra W. Borelowskiego 41 złr., przeznaczając je na fundusz wdów i sierót po lekarzach. Kwotę tę wręczono Prezesowi Tow. lek. celem przesłania jéj do Lwowa.

* W tygodniu 48 ym (od 27 listopada do 3 grudnia) było w Krakowie małżeństw 16, urodzeń 65, skonów 45, z tych było z zapalenia płuc 9, z gruźlicy 4, z dławca i błonicy 4, z ospy 4, z płonicy 2, z odry 1, z duru brzusznego 1, z czerwonki 1, z nieżytu żołądka i jelit 1.

* Na Zgromadzeniu ogólnem członków krakowskiego Towarzystwa Dobroczynności, odbytem dnia 9 b. m., wybranym został na następne sześciolecie jednomyślnie prezesem Towarzystwa Dr. Władysław Ściborowski, stanowisko to od ośmiu lat zajmujący. Członkami Rady w Wydziale zdrowia wybrano: Dra Ludwika Wiszniewskiego (dotychczas. przewodniczącego w Wydziale), Dra Jana Buszka, Dra Franciszka Murdzieńskiego, Dra Stanisława Ponikłę i mag. farm. Fortunata Gralewskiego. Lekarzem zakładu jest Dr. Ignacy Schaitter.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 48: Grosglika: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w cewce i pęcherzu (c. d.); Neugebauera: O wskrzeszeniu cięcia łonowego przez szkołę położniczą Neapolitańską (c. d.). W *Gazecie Lek.* Nr. 49: Jakowskiego: Przyczynek do nauki o bakteryjach ropy błękitnéj (bacc. pyocyaneus); Święcickiego: Torbiel skórzasty jajnika u dziewczyny 13-letniéj; Halperna: Przypadek powikłania rybiéj łuski. — W *Gazecie Lek* Nr. 50: Gabszewicza: Przypadek ropnego zapalenia osierdzia; Jakowskiego: Przyczynek do nauki o bakteryjach błękitnéj ropy (baccillus pyocyaneus) (dok.). — — W *Odczytach klinicznych* IV, Nr. 11: Z. Kramsztyka: Jaskra (glaucoma), Warszawa 1892. — W *Medycynie* Nr. 50: Zapolskiego Downara: Przypadek nadmiernego przyspieszenia skurczów sercowych z napadem trwającym 19 dni i 8 godz.; Grosglika: Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w cewce i pęcherzu (dok.); Neugebauera: O wskrzeszeniu cięcia łonowego przez szkołę położniczą Neapolitańską (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dra B. WICHERKIEWICZA: Przyczynek do zranień ścian oczodołowych; Tegoż: Sprawozdanie z kongresu oftalm. w Paryżu 1892 r. — Sprawozdanie z czynności zakładu narodowego imienia Ossolińskiego, we Lwowie 1892, in 8-o str. 64.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21-go grudnia b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali „Śniadeckich" (*Collegium novum* I piętro). — Porządek dzienny: 1) Sprawy administracyjne; 2) Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1893.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

Od Redaktora.

Z powodu licznych zajęć i przez wzgląd na zdrowie nie mogąc nadal pełnić obowiązków redaktora „Przeglądu Lekarskiego", ustępując tedy z redakcyi po 16 latach mozolnéj pracy, poczytuję sobie za miły obowiązek podziękować serdecznie szanownym kolegom współpracownikom za poparcie, którego mi przez długi szereg lat użyczyli, a dzięki któremu pochlebić sobie mogę, że usilowania moje nie pozostały bezowocnemi. W interesie najstarszego polskiego tygodnika lekarskiego niechaj mi wolno będzie prosić ich, aby życzliwość mnie tak statecznie okazywaną zechcieli odtąd przenieść na mojego następcę.

Kraków 15 grudnia 1892. **Prof. Dr. Halban.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXI. Kraków, 24 Grudnia 1892. Nr. 52.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1-go Stycznia 1893 rok trzydziesty drugi swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1^1/_2$ arkusza na tydzień, jak najregularniéj.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Przyczynek do teratologii soczewki.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

Najznaczniejsze zmiany w rozwoju układu soczewkowego napotykamy, jak wiadomo, w przypadkach szczeliny (coloboma) oka. Im dalej posunięta jest szczelina, im większe w rozwoju gałki sprawia zboczenia, tem większe są też zmiany spostrzegane w układzie soczewkowym. Najznaczniejsze przeto zmiany znajdujemy w przypadkach małooności (*microphthalmus*) i braku oka (*anophthalmus*), podstawę zaś obu tych wad, jak słusznie twierdził już Arlt, stanowi właśnie szczelina oka. Soczewka w tych razach znajdować się może w istocie ciała szklanego obok tarczy nerwu wzrokowego lub w pobliżu tejże, pozbawiona w części przynajmniéj swéj torebki. Rozwój jéj niekiedy bywa bardzo słaby, w innych znów przypadkach prawie zupełny. Bardzo często znajdujemy również przetrwanie torebki naczyniowéj soczewki.

Jeżli jednak szczelina oka nie prowadzi, — że tak powiemy, — do ruiny gałki ocznéj, lecz takowa zachowuje kształty do prawidłowego zupełnie zbliżone, z tą tylko różnicą, że szczelina sama ogranicza się do tęczówki lub naczyniówki, w takim razie spostrzegamy szczelinę soczewki, mianowicie widzimy wklęsłość na jéj równiku ku dołowi. Becker (*Handbuch d. gesammt. Augenheilkunde* v. Graefe u. Saemisch, V, str. 230, a według słów jego również Hirschberg), spostrzegał zresztą tę wklęsłość nawet w przypadkach braku szczeliny w tęczówce, naczyniówce lub nerwie wzrokowym. O wiele częściéj niż wklęsłość w soczewce, obok szczeliny tęczówki i naczyniówki, spostrzegaliśmy w niéj drobne, często mniejsze od 0·5—1·0 mm., okrągłe, wyraźnie odgraniczone zamglenia, o 1 mm. od równika odległe i nie bezpośrednio pod torebką, lecz w saméj istocie torebki położone.

Do szczeliny soczewki są zupełnie zbliżone zmiany w niéj w trzech przypadkach spostrzegane. O. Becker (*Zur Anatomie d. gesunden und kranken Linse* 1883, str. 129) opisał przypadek, w którym bez właściwego przesunięcia soczewki ku górze i ku zewnątrz dolna i zewnętrzna jéj część była odgraniczoną ku dołowi przez dwie ciemne i grube linije, które kąt prosty tworzyły. Przy oświetleniu ogniskowem widoczne były włókna obwódki Zinna w postaci cienkich szarych pasków. Drugi taki przypadek opisał Schiess-Gemuseus (*Arch. für Ophthalmolog.* XXXI, 4, str. 53). Dolna część brzegu soczewki była jakby za krótką, mianowicie brzeg dolny nie stanowił łuku lecz prostą liniję. Trzeci przypadek opisał Cissel (*klin. Monatsblätter für Augenheilkunde* 1890, str. 319). Dolny brzeg soczewek nie był zaokrąglony lecz odgraniczony przez liniję cokolwiek wklęsłą; nadto w prawem oku C. spostrzegał promieniste pa-

semka obwódki Zinna. W żadnym z tych przypadków nie było szczeliny ani w tęczówce, ani też w naczyniówce.

Zarówno szczelinę soczewki, jakoteż trzy ostatnie przypadki Becker tłomaczy nieumiarowym rozwojem obwódki Zinna. Prawda, obok szczeliny tęczówki zawsze prawie znajdujemy nieprawidłowy rozwój ciałka rzęskowego, mianowicie bywa ono w miejscu odpowiedniem prawie zanikłem, jednocześnie może też być brak kilku wyrostków rzęskowych, a wtedy w miejscu tem obwódki wcale może nie być, może ona też być mniéj rozwiniętą. Należy jednak pamiętać o tem, że obwódka powstaje o wiele później, wtedy mianowicie gdy rozwój soczewki jest już prawie zupełnie ukończony, lecz prawda znów, że wady takie powstać mogą nawet w bardzo późnym okresie rozwoju oka. W każdym razie objaśnieniu temu zbywa jak dotąd na podstawie anatomicznéj. Mniéj jeszcze prawdopodobnem wydaje się nam tłomaczenie Schiessa, który utrzymuje, że brak brzegu dolnego w soczewce powstawać może wskutek wadliwego rozwoju niektórych gałązek tętnicy torebkowéj, gdyż rozwój równikowych części soczewki jest jeszcze w pełnym toku wówczas, gdy początek zaniku czasowych naczyń śródocznych jest już bardzo widoczny. Powodem tego zaniku jest rozwój bliższych znacznie dróg dla krążenia krwi w oku, rozwój układu naczyniowego siatkówki i tęczówki. O wiele bliższem prawdy wydaje mi się tłomaczenie Cissela, którego zdaniem przyczyny powstawania wady szukać należy raczéj w saméj soczewce, mianowicie, że powstaje ona wskutek niedostatecznego wyrastania włókien w trzecim okresie rozwoju soczewki.

Z pomiędzy wad rozwojowych soczewki najczęściéj napotykamy zaćmy, bądź całkowite, bądźteż częściowe. Te ostatnie następujące przybierają postacie: 1) mała, niedoszła, zupełnie zaćmiona soczewka znajdować się może w komorze przedniéj przed tęczówką (Steffan). 2) Zaćmienie znajduje się w części środkowéj soczewki, a nadto w przedniéj tylko torebce, lub też nadto w głębiéj położonych częściach. Do tych należą również zaćmy osiowa i stożkowata (*Cat. axialis et pyramidalis*)). Wszakże z powodu, iż w tych przypadkach znajdujemy często w środku rogówki białą plamkę, przypuścić możemy, że wady te powstały wskutek przedziurawienia rogówki podczas życia zapłodkowego, uważać je przeto wypada za wady wrodzone, lecz bynajmniéj nie rozwojowe w ścisłem znaczeniu wyrazu. 3) Zaćmieniu ulegać może li tylko jądro; 4) ulegać mu mogą pewne tylko warstwy (jedna lub więcéj) istoty soczewki — zaćma warstwowa — lub też pewne wycinki soczewki, położone w kierunku osi lub też nawet tylko w częściach obwodowych. Przypadek tego rodzaju zaćmy opisałem w Medycynie z r. 1881 (Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. Rzadki wypadek wrodzonéj zaćmy częściowéj). Zaćmienia zajmowały tylko górne i wewnętrzne wycinki obu soczewek, szerokości na obwodzie miały 3 mm., nie dochodziły do środka, a były położone w tylnéj warstwie korowéj. Zresztą prócz astygmatyzmu żadnych zmian w oku nie było. Przypadek podobny opisał poprzednio O. Becker (*Handbuch d. gesammt. Augenheilk.* V, str. 232).

Wytłomaczenie powstawania zaćm wrodzonych soczewki nie nastręcza zbyt wielkich trudności. Huschke pierwszy (*Meckels Archiv.* 1832, str. 1) wypowiedział zdanie, że u zapłodka soczewka powstaje wskutek wgłobienia powłoki zewnętrznéj do pierwotnego pęcherzyka ocznego, utrzymywał jednak co prawda, że w ten sposob powstaje właściwie torebka soczewki. Badania późniejsze, jakkolwiek różniły się i to nieraz dość znacznie w szczegółach, a to z powodu różnicy gatunków badanych zwierząt i okresu rozwoju, udowodniły, że soczewka powstaje bezwarunkowo wskutek wgłobienia do pierwotnego pęcherzyka ocznego pierwocin blaszki rogowéj. Nie wchodząc w szczegóły przypomnę tylko, że w rozwoju soczewki odróżnić możemy trzy okresy. W pierwszym bezpośrednio po wgłobieniu soczewka stanowi zamknięty pęcherzyk o ścianach z komórek wrzecionowatych, ułożonych w kilka nieprawidłowych szeregów. Okres ten trwa cztery tygodnie. W drugim okresie włókna przedniéj ściany przeistaczają się stopniowo w komórki przyszłego przybłonka przedniéj torebki, komórki zaś tylnéj ściany wyrastają jako przyszłe włókna soczewki, która to sprawa trwa mniéj lub więcéj do końca czwartego miesiąca, poczem następuje trzeci i ostatni okres rozwoju soczewki, w którym włókna powstałe w drugim okresie rozwoju zostają stopniowo odsunięte od przybłonka torebki przedniéj a od torebki tylnéj przez włókna, powstałe w okolicy równika soczewki. Włókna więc drugiego okresu stanowią środek (przyszłe jądro soczewki), włókna zaś trzeciego okresu stanowią przyszłe warstwy korowe soczewki. Zawikłany u dorosłych kierunek włókien soczewki czyli raczéj powstawanie linij węzłowych lub figur gwiaździstych, jak udowodniłem w pierwszéj méj pracy o rozwoju oka (Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. Pamiętnik Tow. przyrodników w Kijowie 1877, str. 147 i nast., po ros.) jest skutkiem tego, że pewne włókna drugiego okresu przestają wyrastać, a wskutek tego włókna trzeciego okresu przykrywają stopniowo najpierw początek włókien drugiego okresu, następnie zaś bezpośrednio do siebie przytykają.

Zaćmy przednią biegunową i stożkowatą dla powodów które wyżéj przytoczyłem, uważać możemy nie za zaćmy rozwojowe, lecz tylko za wrodzone, zwłaszcza że powstawanie ich i późniéj wskutek przedziurawienia rogówki, opisał już Arlt, Schweigger zaś dowiódł, że nawet w przypadkach przedziurawienia części obwodowéj rogówki powstawać mimo to może przednia zaćma biegunowa. Jeśli obok zaćmy przedniéj biegunowéj znajdujemy równocześnie zaćmę osiową, nie zmienia to postaci rzeczy, gdyż oczywiście pewne zmiany w przedniéj ścianie soczewki wywierać muszą niezawodnie wpływ również na odżywianie przytykających doń pierwocin ściany tylnéj. To cośmy powiedzieli, bynajmniéj nie zaprzecza jeszcze istnieniu prawdziwie rozwojowych zaćm przednich biegunowych lub osiowych. Uznać je za takie wypada w tych przypadkach, w których nie znajdujemy żadnych śladów przedziurawienia rogówki. Powstawanie tych zaćm wytłomaczyć możemy za pomocą tego, co powiedziałem o sposobie powstawania zawikłanego kierunku włókien soczewki. Zjawiska najbardziéj są widoczne w środkach przyszłych figur gwiaździstych, mianowicie w okolicy obu biegunów soczewki. W miejscach tych widzimy wprost próżnie, dość znacznych nawet wymiarów, a kształtu nieprawidłowo kulistego, których zewnętrzną ścianę stanowią albo komórki przedniéj ściany soczewki (przyszły przybłonek tejże obok przedniego bieguna), albo też tylna ściana torebki i tylne końce wstrzymanych w rozwoju włókien osiowych (obok tylnego bieguna). Próżnie te za życia zawierać muszą chyba ciecz, gdyż na wyrobach ze stwardniałych gałek otrzymanych znajdujemy drobnoziarnkowatą istotę. Otóż jeżli przy-

krywanie końców włókien drugiego okresu przez włókna trzeciego okresu odbywa się nieprawidłowo, łatwo powstać może bądź sprawa zapalna na odpowiedniem miejscu w komórkach przybłonka powierzchni przedniéj, bądźteż wprost złogi, które nie ulegając późniéj wchłonieniu pozostają nadal jako części zaćmione. W ten sposób wytłomaczyć możemy powstawanie tylnéj zaćmy biegunowéj, chociaż polegać ona może jeszcze na innéj okoliczności. Wiemy, że niepodal bieguna tylnego soczewki zbliża się doń u zaplodka i tu się rozgałęzia tętnica torebkowa — otóż resztki rozgałęzień tych jeśli nie ulegną zupełnemu zanikowi, wywołać mogą powstanie tylnéj zaćmy biegunowéj. Przypadek taki opisał i zbadał anatomicznie H. Müller (*H. Müllers Gesammelte Schriften v. Becker*, T. I, str. 286) u młodéj kozy. Zmiany znajdowały się w obu oczach, równocześnie spostrzegał też przetrwanie samego pnia tętnicy torebkowéj, w saméj zaś soczewce również środkowe zaćmienie. Co się tyczy przedniéj torebki, to zaćmienia jéj często pochodzą wskutek tego, że ku niéj zmierzają przetrwałe resztki błony źrenicznéj i tworzą tu blaszki, które niekiedy nawet barwik zawierać mogą.

(Dokończenie nastąpi).

II. Ze szpitala św. Ludwika w Krakowie.

Przyczynek do etyjologii raka wodnego.

Podał
Dr. Bronisław Komorowski,
I. sekundaryjusz szpitala św. Ludwika.

(Dok. Patrz Nr. 51.)

Wykaz chorób, w przebiegu których powstał rak wodny, według historyi chorób zebrany.

Tabl. % lit. A.

Choroba, w przebiegu któréj powstał rak wodny	Chłopcy	Dziewcz.	Razem	Zejście: zmarło	Zejście: ulecz.	% obliczona częstość noma w stosunku do innych chorób
Odra	1	6	7	6	1	30·43%
Chera zimnicza	3	3	6	6	—	26·08
Płonica	2	1	3	3	—	13·05
Dysenteryja	—	2	2	2	—	8·70
Ospa	1	1	2	2	—	8·70
Dur brzuszny	—	1	1	1	—	4·35
Gruźlica ogólna (*tuberculosis miliaris)*	—	1	1	1	—	4·35
Zapalenie kiszek folikularne (*enteritis follicularis*)	—	1	1	1	—	4·35

Wykaz chorób, w przebiegu których powstał rak wodny, zebrany na podstawie protokółów sekcyjnych.

Tabl. % lit. B.

Choroba, w przebiegu któréj powstał rak wodny	Chłopcy	Dziewcz.	Razem	Zejście: zmarło	Zejście: ulecz.	% obliczona w stosunku raka do innych chorób
Odra	—	3	3	2	1	13·05%
Chera zimnicza	6	6	12	12	—	52·15
Płonica	—	1	1	1	—	4·35
Dysenteryja	—	2	2	2	—	8·70
Ospa	1	1	2	2	—	8·70
Dur brzuszny	—	1	1	1	—	4·35
Gruźlica ogólna (*tuberculosis miliaris)*	—	1	1	1	—	4·35
Zapalenie kiszek folikularne (*enteritis follicularis*)	—	1	1	1	—	4·35

Z tablicy procentowéj lit. B. wynika, że na pierwszem miejscu jako moment etyjologiczny do powstawania raka wodnego zaliczyć należy cherę zimniczą. Ten też moment etyjologiczny jest powodem, że znajdujemy tak częste opisy téj choroby z okolic bagnistych zimniczych, na co bardzo dokładnie zwraca uwagę Schech i Aug. Hirsch[1]), dające powód do przypuszczenia specyficznego miazmatu i możności rozszerzenia się téj choroby endemicznie a nawet epidemi-

[1]) Dr. Hirsch: *Handbuch der historisch-geografischen Pathologie* III Abt. 1886, S. 188.

czme. W wyż załączonéj statystyce postawić należy odrę, jako chorobę wywołującą raka wodnego, na miejscu drugiem, co sprzeciwia się statystykom Niemeyera, Woronichina i Rankego[1]), w których odra znajduje się na pierwszem, jakoteż Hüttenbrennera i Reimera[2]), w których odra na miejscu ostatniem.

Usadowienie się raka wodnego w owych 23 przypadkach dotyczyło:

1) po lewéj stronie w 17 przyp. (5 chł., 12 dziew.) 75·90%
2) po prawéj „ w 5 „ (2 „ 3 „) 21·75%
3) po obu stronach w 1 „ (— „ 1 „) 4·35%

Co do pory roku i stosunku tejże do częstości zgorzeli policzka, to w naszych przypadkach przypada:

1) na wiosnę 8 (6 dziewcząt, 2 chłopców) 34·77%
2) „ lato 8 (5 „ 3 „) 34·77%
3) „ jesień 2 (2 „ — „) 8·70%
4) „ zimę 5 (3 „ 2 „) 21·76%

Stosunek procentowy śmiertelności jest bardzo znaczny, bo na 23 chorych 22 śmierci a jeden wyleczenia, to znaczy 95·65% śmierci, a 4·35% wyleczenia, podczas gdy w statystyce podanéj przez Tovrdesa procent śmiertelności jest 73%, a według Uffelmanna[3]) 93—94%. Tę znaczną śmiertelność można wytłomaczyć tem, że przypadki te przywieziono do szpitala już prawie w okresie ostatnim, gdzie prócz zniszczenia policzka były przypady ogólnego zatrucia produktami gnicia.

Zaledwie w 3 przypadkach, gdzie rak wodny rozwinął się na oddziale, można było wykazać, iż zaczyna się od błony śluzowéj ust i ztąd posuwa się, jak to opisuje Bruns, Gierke Bohn[4]) w przeciwieństwie do Löschnera, który twierdzi, że naciek zaczyna się w saméj tkance podśluzowéj i następnowo przechodzi na części otaczające, lub Henocha[5]), który opisuje przypadek raka wodnego, gdzie naciek zaczyna się od zewnętrznych części policzka. W 20 innych przypadkach stwierdzić można było już zmiany na błonie śluzowéj w postaci nekrozy gnilnéj, jakoteż naciek na całym policzku i wardze.

Dodać muszę wynik badania krwi z przypadku zgorzeli policzka na tle chery zimniczéj:

1) Znacznie zmniejszona ilość hemoglobiny 25% m. Fleischla.

2) Ciałka krwi blado-czerwone, znacznie ilościowo zmniejszone (*oligocythaemia*), jakościowo przedstawiają obraz *poikilocythosis* i *mikrocythosis*. Ciałka krwi białe ilościowo zwiększone, szczególnie znaczna ilość limfocytów, ilość leukocytów zmniejszona, przeważają jednojądrzaste — dużych leukocytów brak zupełny.

3) Zmiany zimnicze bardzo daleko posunięte: znaczna ilość strątów barwikowych bądź wolnych w surowicy, bądź w ciałkach, plasmodyja ekto- i endoglobularne w postaciach najrozmaitszych, ze strątami lub bez strątów, przybierają nawet kształt półksiężyca Laverana, co według zdania autorów Cellego, Merchiafavy, Cannalisa i innych uważane jest jako cechujące ciężkie malaryje.

Szczegółowsze badania krwi dokonane wspólnie z Drem Słapą zamyślam późniéj ogłosić.

Z obserwacyj tych 13 przypadków zgorzeli policzka wynika, że:

1) Większa połowa przypadków jest na tle chery zimniczéj.

2) Przypuszczenie zaczopowania drobnych naczyń strątami barwikowemi lub zlepionemi plasmodyjami jako momentu wywołującego zgorzel policzka wobec silnie rozwiniętéj sieci naczyń jest niemożebne.

3) Zmiany w składzie krwi nie są dostatecznym momentem, aby tylko skutkiem złego odżywienia tkanek nawet wobec procesów gnicia, fermentacyi i kiśnienia, co pociąga za sobą drażnienie i sprawy zapalne na dziąsłach i policzkach, przyjść mogło do powstania zgorzeli policzka.

[1]) Dr. Ranke: *Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes, Jahrbuchuch für Kinderheilkunde* N. F. B. XXVII, H. 3, S. 309. — [2]) Dr. Reimer: *Casuistische und patholog.-anatomische Mittheilungen aus dem Nicolaus Kinderspitale zu St. Petersburg. Jahrbuch für Kinderheilkunde* N. F. B. X, S. 9. — [3]) Dr. Uffelmann: *Handbuch der Kinderheilkunde* 1893, S. 99. — [4]) Dr. Bohn: *Gangrän der Mundhöhle. Gerhardt Handbuch der Kinderkrankheiten*, T. IV, S. 58. — [5]) Dr. Henoch: *Vorlesungen über Kinderkrankheiten* 1892, S. 469.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Kuhn: **Wynik badań nad fermentacyją drożdżową i tworzeniem się gazu palnego w żołądku ludzkim.**

Autor otrzymał gaz palny w znaczniejszéj ilości z treści żołądka uległego silnemu rozszerzeniu okazującéj wysoki stopień kwasoty i wyraźną reakcyję na kwas solny. Treść tę wydobyto zapomocą sondy sterylizowanéj przy użyciu wszelkich ostrożności używanych przy badaniach bakteryjologicznych. Autor utrzymuje, że w odpowiednich warunkach można już na świeżéj treści zauważyć gołem okiem tworzenie się tego gazu i tem tłomaczy układanie się treści w naczyniu w trzy warstwy na sposób plwocin bronchijektatyków, na co już Riegel w swéj pierwszéj pracy nad *hyperusretio continua ventriculi* zwrócił uwagę. Z 1 litra takiéj trleści żołądkowéj otrzymywał autor w ciągu paru godzin kilka litrów gazu. Gaz ten pali się płomieniem bezbarwnym a dokładna analiza chemiczna wykazała że składa się głównie z H i CO_2 z małą domieszką metanu, O i N. Podług autora, który badanie swe wykonywał w 3 typowych przypadkach *hypersecretio continua* i w 2 rozstrzeni żołądka przy obecności kwasu solnego, skomplikowanych zwężeniem odźwiernika, tworzenie się tego gazu nie jest tak rzadkie. Występuje on po największéj części w żołądku, którego treść dłuższy czas zalega, zawiera kwas solny i zwykle resztki węglowodanów, a zatem głównie w wyższych stopniach *hypersecretio continua*. Co się tyczy etyjologii, to udało się autorowi wyhodować pewien rodzaj drożdży z treści żołądkowéj i udowodnić doświadczeniami, że są jedną z główniejszych przyczyn tworzenia się tego gazu, jeżeli rozwijają się w treści zawierającéj kwas solny. Gaz ten udało się także autorowi otrzymać z sztucznéj mieszanki pokarmowéj, jeżeli na nią działa *saccharomyces cerevisiae* w obecności kwasu solnego. Prócz tego, podług autora mają się do tego przyczyniać i inne bakteryje gnilne, o których autor przypuszcza, że mogą się znajdować w treści zalegającéj w żołądku, mimo obecności HCl. Co do czynników terapeutycznych, to przyszedł autor do przekonania, że kwas salicylowy już w bardzo małych dawkach wstrzymuje tworzenie się tego gazu, sakcharyna w większych, innych środków przeciwgnilnych nie uważa autor jako takie, którebyby się nadawałydo klinicznego użytku, gdyż działają skutecznie dopiero w znaczniejszych dawkach.

Dr. Skrzyński.

Choroby wewnętrzne.

Knaster (Warszawa): **Wartość lecznicza** *Syzygium Jambolanum* **w cukrzycy.**

Owoc drzewa podzwrotnikowego zwanego *Syzygium jambolanum* pierwsi zbadali lekarze kolonij holenderskich. Z europejskich lekarzy pierwszy Fichtner stosował go z do-

brym skutkiem w cukrzycy (4—5 gr. pro die). Knaster leczył jednę chorą z oddziału Dra Sylwestrowicza powyższym lekiem. Kobieta 20-to letnia wydaje 3 do 4 litrów moczu dziennie 1. g. 1038—1040. Ilość cukru = 7·6%. Podawano proszek z Syzygium 15 gr. na dzień, zwiększając codziennie dawkę o 5 gr. tak, iż po upływie 5 dni, chora spożywała 35 gr. Nasiona sprowadzano od Brücknera i sp. z Berlina. Cukier oznaczał za pomocą metody drożdżowéj. Badanie rozpoczęte dnia 2/1 wykazało ilość cukru 7.13% a po stosowaniu wyż wymienionych dawek *syzygium jamb.*, ilość cukru dnia 20/I podniosła się do 8.51% wobec zwiększonéj ilości moczu. Z badania tego wynika, że środek próbowany nieodpowiada zadaniu swemu, mimo podwyższonych dawek i świeżości przetworu. (Odbitka z „Medycyny“ 1892).

Dr. Mendelsburg.

Choroby oczne.

E. Jaesche: **Jak powinno się leczyć jaglicę.**

Nic dziwnego że okuliści, widząc jak długo trwa leczenie jaglicy lekami, n. p. *cum cupro sulf.*, od dawna już chwytali się środków, któreby w sposób mechaniczny usuwały zmiany chorobą tą wywołane. I tak: Fudda radzi pocierać kilkakrotnie spojówkę płytką metalową, opatrzoną w bardzo delikatne ząbki. Th. Schröder (Petersburg) poleca gładkie, ostre, delikatne pędzelki stalowe, któremi rozdrapuje pojedyncze ziarna.

Później zaczęto w rozmaity sposób posługiwać się galwanokauterem; Korn przeciąga po spojówce rozpaloną płytkę platynową, Froelich niszczy pojedyncze ziarna w części chrząstkowéj galwanokauterem, załamek zaś cały energicznie przypala, a w razie gdy istnieje łuszczka, robi jeszcze galwanokauterem rodzaj peritomii blisko brzegu rogówkowego. Johnson nacina spojówkę w całéj długości od brzegu spojówkowego aż po załamek osobnym nożykiem o trzech ostrzach i przeciąga przez te cięcia dwie platynowe elektrody. Pilz (*Lehrbuch d. Augenheilk.*) radzi wycinać dość głęboko pojedyncze ziarna, Jacobsohn postępuje jeszcze radykalniéj, wycina bowiem cały załamek, Noiszewski po wycięciu załamka zastępuje ubytek płatem przeszczepionym z błony śluzowéj warg.

Autor, zarzucając metodzie Jacobsohna, że utrudnia później ruchomość powieki, wyraża wdzięczność Hotzowi, iż podał myśl wygniatania ziarn, a powód niedostatecznego jeszcze rozpowszechnienia tego sposobu upatruje w tem, że wygniatanie paznogciami, jak to Hotz uskutecznia, nie każdemu jest zręcznem i wygodnem. Dlatego też zdaniem jego najodpowiedniejszem do tego narzędziem są szczypczyki okienkowe Himlyego (*Himly'sche Fensterzange*)[1], których użyć można zarówno do górnéj jak i dolnej powieki. Zabieg sam przez się jest bardzo prosty.

[1]) Patrz katalog Windlera, Berlin. Nr. 378. (*Przyp. ref.*).

W świeżym przypadku o wyraźnych ziarnach i spojówce niezbyt obrzmiałéj wygniatanie oddaje wielkie usługi; szczypczykami chwyta się spojówkę odwiniętéj powieki w ten sposób, że jedno ramię leży w załamku, drugie blisko wolnego brzegu; po zamknięciu szczypczyków przeciąga się ramiona po uchwyconéj między niemi spojówce, przyczem nie tylko ziarna zostają wyciśnięte, ale i cała błona śluzowa wraz z przerosłemi brodawkami ulega zgnieceniu. Jakkolwiek zabieg ten wydaje się zbyt energicznym, jednak spojówka znosi go dobrze. W ten sposób należy kilkakrotnie raz po raz wygnieść część środkową spojówki, a osobno jeszcze części boczne w wewnętrznym i zewnętrznym kąciku. Ponieważ rękoczyn ten jest bolesnym, a kokaina niewiele pomaga, przeto dzieci i nerwowe osoby należy chloroformować. Jeżeli już w tym okresie jaglicy znachodzą się zgrubienia w załamku, w których zazwyczaj ziarna najliczniéj są usadowione, to takowe należy osobno uchwyciwszy wygnieść a wystające w danym razie listewki przerosłéj błony śluzowéj nożyczkami odciąć. Krwotok bywa przytem często znaczny, ale ten owszem należy podtrzymywać przez czas jakiś zmywaniem ciepłą wodą lub mruganiem powiekami.

Gdy sprawa chorobowa już zrobiła postępy, gdy spojówka silnie obrzmiała, naciekła, przyszło do znacznego przerostu brodaweczek, ziarna częściowo się już rozpadają, przyczem i objawy podmiotowe, jak światłowstręt i łzawienie są silniejsze, należy jeszcze energiczniéj i to kilka razy wygniatać. Wprawdzie nazajutrz po wygnieceniu występują objawy silniejszego zadraźnienia, ale po kilku już dniach następuje widoczne polepszenie. I tu niejednokrotnie wypadnie wyciąć nożyczkami z nadmiernie przerosłéj tkanki spojówkowéj małe kawałeczki. W przypadkach dużéj łuszczki dodać można częściową lub całkowitą peritomiję.

Chociaż najlepsze rezultaty osiągamy w dwóch pierwszych okresach jaglicy, to jednak nieraz i w trzecim okresie, gdy spojówka jest na powierzchni swéj więcéj gładką, atroficzną a w głębi silnie naciekłą, zgrubiałą i twardą, widzieć możemy po wygnieceniu zadziwiający skutek. Przez wyciskanie bowiem udaje się wydobyć z głębi tkanki spojówkowéj na pół rozpadłe, tłuszczowo zwyrodniałe ziarna. Nie należy i tutaj zaniechać odcięcia wyrośli twardych tkanki spojówkowéj, które podtrzymują na rogówce łuszczkę lub wrzody. Leczenie po operacyi powinno być następujące: pierwszego dnia zimne okłady, które w razie potrzeby przez kilka dni można stosować, przemywanie sublimatem lub kwasem borowym. Zazwyczaj po dwóch dniach zaczyna już autor wkraplać 2% lapis raz na dzień codziennie przez czas dłuższy, jeżeli jednak obrzęk brodawek nie ustępuje szybko, stosuje *Cuprum*. Pozostałe po wygnieceniu pojedyncze ziarna należy późniéj dodatkowo wygnieść lub wyciąć nożyczkami. Leczone w ten sposób świeże przypadki szybko, bo w przeciągu 5—6 tygodni można wyleczyć. Oczywiście leczenie trwa znacznie dłużéj, jeżeli już jaglica wywołała następowe zmiany jak wykrzywienie chrząstek, nacieki lub wrzody rogówkowe. Przeciw zaćmieniom rogówkowym, w razie gdy nie ma już zadraźnienia, zakrapla rozczyn jodu z gliceryną według następującéj formułki. *Rp. Kali jodati 0·07. Glycer-puri 2·0. Aqu. dest. 4·0.* Po zakropleniu masuje. (*Arch. für Augenheil.* B. XXIV. H. 1). *Dr. Langie.*

Choroby skórne i kiłowe.

Neumann (Wiedeń): **Kiła późna.**[1])

Wszyscy godzą się na to, że wybuch trzeciorzędnéj kiły ułatwiają niekorzystne warunki życia, złe leczenie i obecność chorób przewlekłych, jak gruźlicy, zimnicy, chronicznego zatrucia alkoholem etc. Z 9742 leczonych z powodu kiły w klinice Neumanna zapadło na trzeciorzędną 665 t. z. 6·82%. Wiek leczonych wynosił 20—40 lat a zutrudnienie ich wywierało swój szkodliwy wpływ, chorzy bowiem ci pochodzili przeważnie z klas biednych. Najczęstszemi były zmiany skóry i kości; kiła trzew i układu nerwowego rzadziej występowała. N. omawia także kiłę swojską (*syphilis endemica*) do pewnych okolic i krajów przywiązaną. Spotkać ją można w Norwegii i Dalmacyi, w Bośnii i Hercogowinie. Przez *syphilis hereditaria tarda* rozumie Fournier zbiór zmian kiłowych, które występują w wieku późnym u ludzi z zakażeniem kiłowem urodzonych. Rozliczne jej postacie do pewnych krajów przywiązane, polegają na częstej infekcyi przedporodowéj w tych krajach i stają się skutkiem tego chorobami swojskiemi. N. kończy swój wywód następującemi zdaniami: 1) Przyczyną kiły trzeciorzędnéj jest brak leczenia lub nieodpowiednie leczenie i choroby przewlekłe. 2) Kiły trzeciorzędnéj nie należy uważać za następstwo przerzutów, lecz jako produkt pozostałych w tkankach złogów. 3) Okres późnéj kiły występuje najczęściéj w 3 roku po zakażeniu. 4) Badanie krwi daje te same wyniki co w okresie drugorzędnym. Ilość mniejsza hemoglobiny i ciałek czerwonych krwi. (*Wr. med. Wschft.* Nr. 40. 1892).

Dr. Mendelsburg.

Medycyna sądowa.

Messner: **Obojnactwo prawdziwe jednostronne.**

M. badał mężczyznę lat 31 liczącego, którego budowa ciała odpowiadała budowie kobiecéj. Kościec delikatny, głos miękki i wysoki, prawie sopranowy, twarz bez zarostu o niewieścich rysach, *pomum Adami* słabo zaznaczone, wyraźne

[1]) Sprawozd. z zjazdu derm. w Wiedniu 1892.

wcięcie w pasie, sutki kobiece znacznie rozwinięte z brodawkami i dającemi się wyczuć zrazikami gruczołowemi, zarost na wzgórku łonowym nie dochodzący wąskim paskiem do pępka czynią indywiduum to podobnem do kobiety. Części rodne przedstawiają obraz podobny do *hypospadiasis* męskiéj z rozszczepem moszen (*ectopia testiculorum*). Prącie w stanie zwykłym 6 ctm. długości a grubości wielkiego palca u dorosłego mężczyzny, wydłuża się w czasie wzwodu do 9—10 ctm. Nasienie przy spółkowaniu wypływające nie ma charakterystycznéj woni, drobnowidowo okazuje spermatoblasty. W dwóch fałdach odpowiadających połowom moszen w jednym znajduje się niewątpliwie jądro dające się wtłoczyć w początek kanału pachwinowego, w drugim zaś ciało okrągłe, dające się zepchnąć aż do miednicy małéj przez kanał pachwinowy, kształtem przypominające jajnik.

Mężczyzna ten jest żonatym, był ojcem dziecka, które w 3 roku życia zmarło. Od 21 roku życia miewa on peryodycznie co 28 dni powtarzające się, a przez 4 dni z rzędu trwające bóle w krzyżach z uczuciem parcia ku dołowi, poczem odpływa przez cewkę moczową nieco moczu z krwią i śluzem zmięszanego. Bóle w pierwszych dwóch dniach téj regularności są słabe a popęd płciowy bywa wówczas znacznie podnieconym.

Mimo, iż wiadomem jest autorowi, że krwawienia pojawiają się czasem u mężczyzn z hypospadiasą jak również i u kobiet po zupełnéj kastracyi, to jednak twierdzi, iż w danym przypadku, który obdukcyja kiedyś należycie rozjaśni, istnieje prawdziwe jednostronne obojnactwo. (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol. Virchowa.* T. 129, H. 2, 1892).

Notatki lecznicze.

Według Abutkowa opaźniają makowiec, morfina i kodeina trawienie w żołądku, ztąd też poleca podawanie środków tych w kilka godzin po jedzeniu.

W chorobie Brighta, zdaniem Lépina, należy starać się aby niedopuścić do powstania mocznicy. W tym celu należy zmniejszyć ilość spożywanych pokarmów białko zawierających, natomiast zwiększyć ilość tłuszczu, wodników węgla; polecać mleczną dyjetę, alkaliczne wody; z leków moczopędnych zaleca Kahler najusilniéj kofeinę. Strofantyna, scylla a zwłaszcza kalomel wychodzą z użycia.

Przy obrzękach na tle wady sercowéj oddaje doskonałe usługi kalomel podawany nie dłużéj niż przez dwa dni, 8—10 razy na dobę po 0·10, gdyż zwiększona dyureza wystąpi tak samo pewnie, jakby wystąpiła po podawaniu go przez 3 lub 4 dni, a ślinotoku i przykrego nieżytu jamy ust się unika. *Dr. Wachholz.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie V. z dnia 3 grudnia 1892 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 12.

Opierając się na opinii, którą wydali stali referenci prof. Dr. Obaliński i prof. Steingraber, na podstawie ponowionego badania naocznego fabryki przetworów opatrunkowych mag. farm. M. Dobrowolskiego w Nowéj wsi pod Krakowem, przedstawiono obecnemu na posiedzeniu p. Dobrowolskiemu szereg uwag, które zmierzają do rozszerzenia fabryki i do ulepszeń, jakie należałoby wprowadzić w wyrobie przyborów opatrunkowych tak antiseptycznych, jakoteż aseptycznych. Do uwag tych zobowiązał się zastosować p. Dobrowolski, poczem uchwalono popierać i nadal przetwory opatrunkowe p. Dobrowolskiego i wykonywać nadeł kontrolę nad sposobem ich fabrykacyi a zwalczając w ten sposób konkurencyję wyrobów zagranicznych umożebnić p. Dobrowolskiemu rozszerzenie fabryki i udoskonalenie wyrobu.

2) Przyjęto do wiadomości: *a*) że od dnia 29 października b. r. zarząd mleczarni w Śledziejowicach nadesłał cztery świadectwa lekarskie i weterynarskie o stanie zdrowia krów i służby stajennéj, zarząd mleczarni w Gnojniku jedno świadectwo lekarsko-weterynarskie, zaś zarząd mleczarni w Grodkowicach nie nadesłał żadnego świadectwa ani lekarskiego ani weterynarskiego od dnia 1 lipca 1892. Wobec tego uchwalono szczegół ten zanotować w protokóle z tem zastrzeżeniem, że jeżeli zarząd mleczarni w Grodkowicach i nadal będzie się wywiązywał tak niedbale z przyjętych zobowiązań, Komisyja przem.-lek. wystąpi przed Tow. lek. z wnioskiem o cofnięcie polecenia danego téj mleczarni przez Tow. lek. krak. w dniu 1 grudnia 1886 r.

b) że sekretarz komisyi, jako jej delegat, obecnym był na Zgromadzeniu w dniu 20 listopada, które zwołane zostało przez Prezydyjum Wystawy krajowéj w celu zawiązania miejscowego komitetu wystawowego i że przewodniczący i sekretarz komisyi zaproszeni zostali na członków sekcyi XXVI komitetu wystawowego.

c) że p. mag. farm. Z. J. Kalicki, aptekarz w Przemyślu, odpowiadając na odezwę Komisyi przem.-lek., obiecuje swoje wina lecznicze przez Tow. lek. krak. polecone przesłać na wystawę krajową we Lwowie w r. 1895 odbyć się mającą.

3) Na podstawie ponownego rozbioru chemicznego piwa słodowego wyrobu p. mag. farm. K. Wiszniewskiego aptekarza w Krakowie, dokonanego przez Dra M. Piątkowskiego, który wykazuje zupełną zgodność z pierwszym rozbiorem dokonanym przez prof. Steingrabera w dniu 9 kwietnia 1889, uchwalono przetwór ten, polecony przez Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 10 kwietnia 1889 i nadal popierać.

4) Również uchwalono na podstawie referatu złożonego przez Dra Śliwińskiego popierać i nadal bulion wyrobu p. Zygmunta Solkowskiego w Krysowicach pod Mościskami, który z powodu swych znakomitych własności zaliczony został przez Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 18 maja do rzędu przetworów dyjetetycznych polecenia godnych.

5) Na wniosek przewodniczącego, który poddał ponownemu badaniu olejek z sosny karłowatéj polskiéj (*oleum pini pumilionis polonicum*) wyrobu p. mag. farm. H. Nitribitta aptekarza w Krynicy, uchwalono i nadal popierać ten przetwór, który Tow. lek. krak. na posiedzeniu w dniu 23 listopada 1887 zaliczyło do rzędu krajowych wyrobów farmaceutycznych polecenia godnych.

6) Do zbadania stanu fabryki kapsułek leczniczych p. K. Kotowicza w Krakowie delegowano sekretarza i Dra Kopfa, a sekretarza do ponownego zbadania sposobu fabrykacyi chleba Grahama przez p. Gustawa Barucha w Podgórzu.

7) W sprawie wód gazowych pp. Rzący i Chmurskiego przyjęto do wiadomości z zatwierdzeniem i uznaniem odezwanie się przewodniczącego na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 9 listopada 1892., a w dalszym ciągu kontroli nad wykonywaniem fabrykacyi tychże wód przyjęto do wiadomości: *a*) że właściciele fabryki zobowiązali się pismem z dnia 25 listopada 1892 wypalać na korkach cyfry roku, w którym wody były sporządzono, *b*) że prof. Dr. Olszewski i obecny stan fabrykacyi wód gazowych pp. K. Rzący i Chmurskiego po naocznem stwierdzeniu uznał jako zupełnie odpowiedni; *c*) że przewodniczący i sekretarz komisyi badając w dniu 1 grudnia b. r. tak stan fabryki, jakoteż zdroju, którego woda używaną bywa do fabrykacyi wód gazowych, przekonali się, że fabrykacyja wód gazowych odbywa się w sposób wzorowy. Wreszcie na wniosek prof. Steingrabera uchwalono, że dotychczasowy sposób, w jaki Komisyja przem.-lek. wykonywa kontrolę nad tą fabryką, jest w zupełności dostatecznym i daje wszelką gwarancyję, że wody gazowe wyrabiane bywają w fabryce téj w sposób zupełnie odpowiedni, co zresztą odpowiada w zupełności uchwale Tow. lek. krak. z dnia 9 listopada 1892, wyrażającéj Komisyi przemysłowo-lekarskiéj uznanie doniosłego działania.

8) Zastanawiano się nad sprawozdaniem rocznem z czynności komisyi, a to tembardziéj, że w myśl uchwały Tow. lek. krak. z dnia 7 kwietnia 1886 po sześcioletniéj działalności należy zdać ogólne sprawozdanie, od którego zależeć będzie dalszy wybór Komisyi lub jéj rozwiązanie.

Sekretarz komisyi *Dr. Michał Śliwiński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 grudnia. Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 21 grudnia odbytem:

1) Kol. prezes Ponikło doniósł, że tablica pamiątkowa cieniom śp. prof. Dra Kopernickiego poświęcona w dniu 3 grudnia w kościele św. Anny wmurowaną została.

2) Tenże oznajmił, iż Komitet kongresu międzynarodowego lekarskiego w Rzymie w r. 1893 odbyć się mającego zaprasza Tow. lek. krak. do udziału w swych pracach, rzecz ta będzie przedmiotem obrad Komitetu Tow.

3) Daléj doniósł, że Tow. lek. galic. wybrało delegatami do komisyi redakcyjnéj „Przeglądu Lek.“ na rok 1893 koll. Madurowicza i Rydla.

4) Towarzystwo przyjmuje do wiadomości nieodwołalne postanowienie dotychczasowego redaktora „Przeglądu Lek.“ kol. Halbana nie przyjęcia na rok przyszły obowiązków redaktora i jednomyślnie wśród ogólnych oklasków uchwala następujący wniosek przez Komitet przedłożony: *„Tow. lek. krak. uznając znakomite zasługi położone przez lat 16 przez kol. Halbana około Przeglądu Lek. ofiaruje mu adres ozdobny, w którym da wyraz czci i wdzięczności, jaką dla długoletniego zasłużonego Redaktora jest przejęte“.*

5) Członkiem czynnym Tow. wybrano jednomyślnie Dra Eugeniusza Borzęckiego.

6) Odbyły się wybory urzędników Tow. na r. 1893. Prezesem wybrany został kol. Łazarski, wiceprezesem kol. Trzebicky, sekretarzem dorocznym kol. Bronisław Olszewski, delegatem do Komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Jakubowski, redaktorem „Przegl. Lek.“ kol. Domański, członkami komisyi redakcyjnéj koll. Cybulski, Mars, Ponikło, Surzycki, delegatem do Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. i zarazem na Walne Zgromadzenie Drowie Rieger i H. Schramm, do komisyi kontrolującéj wybrano koll. Ściborowskiego i Śliwińskiego.

* Od zarządu Towarzystwa lekarzy galicyjskich otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

Sekretaryjat międzynarodowego kongresu, który od 24 września do 1 października 1893 r. odbędzie się w Rzymie, nadesłał do zarządu Towarzystwa lekarzy galic. blankiety w celu zaproszenia lekarzy w kraju naszym zamieszkałych do współudziału w pracach kongresu. Mamy zaszczyt upraszać Szanownych Kolegów, którzyby w powyższym kongresie udział wziąć chcieli lub jakie odczyty zgłosić zamierzali, aby od generalnego sekretarza Towarzystwa Dra Edwarda Mukowicza (Lwów, ul. Kazimierzowska 24) zażądali kartą korespondencyjną blankietów, takowe łaskawie wypełnione napowród odesłali pod tą samą adresą, zkąd do sekretaryjatu kongresu w Rzymie przesłane będą.

Lwów 18 grudnia 1892.

Dr. Edward Mukowicz sekretarz Tow. — *Prof. Dr. Adam Czyżewicz* prezes Tow.

* W tygodniu 49 ym (od 4—10 grudnia) było w Krakowie małżeństw 7, urodzeń 34, skonów 46, z tych ostatnich z gruźlicy 8, z zapalenia płuc 8, z odry 3, z dławca i błonicy 3, z duru brzusznego 1.

* **Odznaczenie**. Rodak nasz Dr. Justyn Karliński (obecnie w Bośnii) otrzymał od króla włoskiego krzyż oficerski orderu korony włoskiéj za czynności swoje na zjeździe w Wenecyi.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Halban.

Rok XXXI. Kraków, 31 Grudnia 1892. Nr. 53.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Przyczynek do teratologii soczewki.

Napisał

Dr. med. Konrad Rumszewicz (w Kijowie).

(Dok. Patrz Nr. 52.)

Powstawanie zaćm warstwowych wytłomaczyć łatwo przez chwilowe zaburzenie w odżywianiu soczewki. Ponieważ zaś w tych razach jądro pozostaje przeźroczystem, oczywistą jest rzeczą, że powstawanie téj wady bezwarunkowo odnieść należy do trzeciego okresu rozwoju soczewki, czyli że zmiany te powstają wskutek wadliwego odżywiania pewnéj części komórek pasa równikowego. Wiemy zresztą, że zaćmy te powstawać mogą również po urodzeniu. Co się tyczy częściowych zaćm korowych, które tylko pewien wycinek soczewki zajmują, mianowicie przypadków przez Beckera i przezemnie opisanych, to zaćmienia te wytłomaczyć możemy w ten sposób, że odpowiednio pewnéj linii węzłowéj włókna wyrastające z okolicy równikowej nie doszły do zupełnego rozwoju, rozwój zaś ten bezwątpienia wpływać powinien na wchłonienie cieczy białkowatéj, która wypełnia próżnię, powstającą czasowo pomiędzy torebką a tylnemi końcami tych włókien, których wyrastanie zostało powstrzymane. W cieczy tedy łatwo powstać mogą złogi, które następnie wyglądają jako częściowe zaćmienia soczewki.

Do dość częstych a ciekawych wad rozwojowych soczewki należy jéj zboczenie co do położenia (*ectopia*). Już Graefe (*Archiv f. Ophthalm.* I. 1, str. 343) dokładnie opisał przypadek wrodzonego zwichnięcia soczewki. Stellwag (*W. med. Wochenschrift* 1856) opisał przypadek zboczenia znacznie „zmniejszonéj“ soczewki i pierwszy wprowadził nazwę „*ectopia*“, wreszcie Sippel (*Die spontane Luxation der Linse u. ihre angeborene Ectopie* 1859) dokładniéj ustalił rozpoznanie wady. Następnie w krótkim czasie opisano bardzo wiele przypadków zboczenia położenia soczewki, które niewiele się pomiędzy sobą różnią, daléj opisy aż nadto stwierdziły, że wadę tę bardzo często można spostrzegać równocześnie u wielu członków pewnéj rodziny. Nadto znajdujemy tę wadę w obu oczach, a soczewki położone są umiarowo w obu oczach, najczęściéj usunięte ku górze. Badania anatomicznego zboczenia położenia soczewki dotąd nie mamy. Becker *Handb. d. ges. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch*, Bd. V, str. 286) utrzymuje, że przy powstawaniu téj wady naprzód wymiary układu soczewkowego znacznie są mniejsze, daléj że wada zostawać musi w związku ze szczeliną oka. Jedno przyznać musimy, że stanowczo odgrywa tu rolę nieprawidłowy rozwój obwódki Zinna, brak, względnie zbyt znaczna jéj w jednym kierunku długość.

Teraz opiszę przypadek, do którego podobnego nigdzie dotąd nie napotkałem. We wszystkich opisanych przypadkach wad rozwojowych lub wrodzonych soczewki jéj wymiary, czy ona była przeźroczystą czy zaćmioną, jakkolwiek niekiedy bardzo znacznie były zmniejszone, przedstawiały w każdym razie dość znaczną wielkość. Przypadek, który tu opiszę, różni się już tem od innych, że wymiary soczewki były w nim prawie żadne, pomimo zupełnie prawidłowego zresztą kształtu gałki ocznéj.

A. P., 28 letni mężczyzna, zasięgał méj rady w lipcu b. r. z powodu bardzo osłabionego wzroku. Na pierwszy rzut oka nie spostrzegamy żadnych zgoła zmian, prócz chyba cokolwiek mniejszych rogówek i znacznie wydłużonych osi przednio tylnych. Od lat dziecinnych chory używa do czytania szkieł + 3·5 D., mimo to jest w stanie czytać tylko druk większy. Palce liczy tylko na odległość 15′. Badanie wziernikowe wykazuje zupełną przeźroczystość środków łamiących i brak zmian chorobowych w obu oczach, prócz wydęć białkówki położonych obok brzegów skroniowych, mających w środku szerokości pół średnicy tarczy a odgraniczonych wyraźnie; obok tego nadmiarowość w wysokim stopniu (H 4·5 D). Badając obrazy Purkinje Sansona, znajdujemy tylko jeden wyraźny prosty obraz, powstający skutkiem odbijania się światła od rogówki, tak więc oczy wcale nie posiadają soczewek. Soczewki wypukłe + 4·5 D podnoszą bystrość wzroku w obu oczach do $^{20}/_{50}$, przy pomocy zaś soczewek + 12 D chory swobodnie czyta Nr. 3 Jaegera. Badając przy rozszerzonéj źrenicy, znalazłem: źrenice rozszerzone *ad maximum* i zupełnie prawidłowo, dokoła zo-

staje obrączka tęczówki niespełna 1 mm. szerokości mająca. Najzupełniéj umiarowo wystają z poza brzegu rozszerzonych źrenic, cokolwiek ku wewnątrz od średnicy pionowéj rogówki, utwory barwy szarawobiałéj, okrągłe i zupełnie gładkie; średnice ich wynoszą co najwięcéj 2 mm. Mamy więc zupełny brak soczewek w obu oczach, bez żadnych zgoła zmian chorobowych w gałce ocznéj Jedyne dziecię zamożnych rodziców było bardzo starannie pielęgnowane; to też z wywiadów tyle powziąć możemy, że od urodzenia widziało źle, że czytanie bez pomocy soczewek wypukłych było zgoła niemożliwem, że źrenice stanowczo nigdy nie były zamglone. Dodam do tego, że staranne badanie narządu łamiącego nie wykryło w okolicy odpowiadającéj soczewce żadnych zgoła zjawisk, któreby wskazywać mogły uprzednie istnienie soczewek na prawidłowem miejscu, lub przynajmniéj ślady woreczków. Szarawobiałe utwory położone obok brzegu dolnego tęczówek, które bezwątpienia uznać wypada za szczątki soczewek, miały powierzchnię zupełnie gładką, bez żadnych zgoła fałdów.

Przypadek ten wypadałoby uznać za wrodzony brak soczewek (*aphakia congenita*). Dotąd wszakże przypadku takiego nikt zgoła nie opisał. Becker (*Handb. d. gesammt. Augenheilk. v. Graefe u. Saemisch* Bd. V, str. 229) nietylko potwierdza tę okoliczność, lecz dodaje nadto, że wobec roli tak ważnéj, jaką soczewka w rozwoju oka odgrywa, przypadki takie, przypuszczając naturalnie prawidłową zresztą budowę oka, są zgoła niemożliwe. — Co do mnie nigdybym tego zdania w formie równie stanowczéj nie wypowiedział. Co prawda, wkrótce po odkryciu Huschkego zdawać się mogło, że właśnie wgłobienie soczewki jest głównym, jeźli nie wyłącznym, czynnikiem przy powstawaniu wtórnego pęcherzyka ocznego. Jednakże już Stricker (*Wiener akad. Sitzungsberichte, Math.-naturwiss. Klasse* Bd. 39, str. 472) wyraźnie mówi, że u żab, już przed początkiem sprawy wgłobienia soczewki, spostrzegać się daje w odpowiedniem mu miejscu na pierwotnym pęcherzyku ocznym jakby wklęsłość. His znów (*Untersuchungen über die erste Anlage des Wirbelthiereies* 1868) utrzymuje, że początek rozwoju wtórnego pęcherzyka ocznego stanowi zagłębienie, powstałe na dolnéj powierzchni pęcherzyka pierwotnego. Co do mnie, okoliczność tę najzupełniéj potwierdzić mogę zarówno dla ptaków, jakoteż dla zwierząt ssących, gdyż w blaszce rogowéj ledwo powstawać zaczyna zgrubiałość dla przyszłéj soczewki przeznaczona, gdy dolna ściana pęcherzyka pierwotnego jest już znacznie ku górnéj zbliżoną. Tak więc powstanie wtórnego pęcherzyka ocznego następuje niezależnie od wgłobienia soczewki, które wszakże może być w téj sprawie pomocnem. W istocie soczewka stanowi na razie całą prawie treść ledwo powstałego wtórnego pęcherzyka ocznego, gdyż zawiązek ciała szklanego przedstawia się tylko w postaci bardzo cienkiéj warstwy, zawiązek soczewki otaczającéj. Objętość ciała szklanego powiększa się wprawdzie bardzo prędko, nadto stosunek taki zachodzi tylko u ssawców, gdyż u ptaków i płazów zawiązek ciała szklanego już od początku znacznie ma większą objętość. W każdym razie w dalszym rozwoju utworzonego już zupełnie wtórnego pęcherzyka ocznego soczewka stanowić może wiele, ze względu na jéj znaczne rozmiary. Wszakże badając rozwój ciała szklanego przekonałem się, że główną rolę odgrywa tu przesiąkanie z naczyń krwionośnych. Nie wchodząc w żadne szczegóły, przytoczę tylko tę okoliczność, że wszystkie komórki, które wstępują przez szczelinę oczną do wnętrza pęcherzyka wtórnego, służą bezwarunkowo li tylko do rozwoju naczyń krwionośnych i dopiero gdy w ciele szklanem powstaje całkowita siatka naczyń zaopatrzona w przewody, co zresztą prędko następuje, ciało owo zaczyna się znacznie powiększać, równocześnie pojawiają się też w niem okrągłe komórki, które u dorosłych, jak wiemy obecnie, stanowią jedyną postać pierwocin ciała szklanego i tylko to lub owo traktowanie ciała szklanego wywołuje w nich nader rozmaite a sztuczne tylko zmiany. O tkankę ciała szklanego przeto nie trudno, nie możemy więc wątpić, że w razie powstrzymanego rozwoju soczewki przesiąkanie z naczyń nie dopuści do powstania próżni w pęcherzyku wtórnym.

Dla objaśnienia w końcu opisanego przypadku możemy przypuścić, że 1) soczewka mogła być wgłębioną do pierwotnego pęcherzyka, lecz zanikła wkrótce po zadzierzgnięciu się od blaszki rogowéj, lub że 2) soczewka po niejakim czasie już w późniejszym nieco okresie rozwoju, opadła na dno przyszłéj domniemanéj tylnéj komory i pozostała tu na zawsze, co tem łatwiéj stać się mogło, że przejściu jéj do przedniéj komory stała na zawadzie błona źreniczna. W pierwszym razie mielibyśmy wadę rozwojową, zasługującą na miano *aphakia congenita*, w drugim zaś mielibyśmy już li tylko wadę wrodzoną — zwichnięcie soczewki w bardzo wczesnym okresie rozwoju.

II. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Büngner: O leczeniu następowem po tracheotomii i o nowéj kaniuli do tracheotomii.

Jest zasadą, że po tracheotomii z powodu krupu czy błonicy należy jaknajwcześniéj wyjąć kaniulę; zdarza się jednak, że po wyjęciu przytrafiają się trudności w oddychaniu, wywołane przez zwężenie tchawicy przez granulacyje, obrzmienie zapalne błony śluzowéj i t. p. Częściéj niż się przypuszcza, zdarzają się przeszkody w saméj głośni, czy to wskutek porażenia strun głosowych, czy też, jak Trendelenburg zauważył, ich spazmatycznego skurczu. W tych razach występują powtarzające się napady duszności i trzeba pewnéj gimnastyki mięśni głośniowych, żeby oddychanie stało się swobodnem i prawidłowem. Jak należy wobec takiego powikłania postąpić? Jedni zupełnie odrzucają kaniulę lub wprowadzają ją tylko na krótki czas, licząc na to, że przeszkoda w oddychaniu sama przez się przejdzie; inni wprowadzają coraz cieńsze kaniule lub zatykają stopniowo otwory woskiem, plastrem lepkim i t. p. wreszcie używają kaniuli z wentylem Bérarda i Macqueta. Pierwszy rodzaj postępowania jest możliwym tylko wtedy, jeżeli chory jest pod umiejętną opieką, która potrafi przeciwdziałać zwiększającéj się asfiksyi, czyli możliwym jest tylko w szpitalu; zalepianie otworu woskiem czy plastrem nie odpowiada dzisiejszemu stanowisku chirurgii, dlatego autor podał nową kaniulę. Do zwykłéj Lüerowskiéj kaniuli wsuwa się rurkę tem się różniącą od innych, że w miejscu, gdzie zewnętrzna kaniula ma okienko, takież samo na wewnętrznéj znajduje się rurce. Otwór zewnętrzny można zamknąć do $^1/_4$, $^1/_2$, $^3/_4$ lub całkowicie przez przesuwalną płytkę metalową, którą utrzymuje się przy pomocy guziczka w położeniu nadanem; w ten sposób można oddychanie uregulować i kaniulę definitywnie po 24 godzinach usunąć. (*Archiv f. klin. Chirurg.* t. 44, z. 4). *Dr. Śmiechowski.*

F. Schüssler: Nowy sposób Billrotha leczenia bąblowca wewnątrz otrzewnowego.

Pomimo ogromnego wzrostu literatury o bąblowcu, terapija tego cierpienia stoi oddawna wobec kwestyi, czy operować jednoczasowo czy też dwuczasowo. Statystyka operowanych przypadków nie rozstrzyga stanowczo na korzyść żadnéj z tych metod, zarówno jak i doświadczenie wybitniejszych chirurgów. Tak n. p. Volkmann na 14 przypadków,

operowanych dwuczasowo, miał tylko jedno zejście śmiertelne, Lawson Tait zaś operował 13 przypadków jednoczasowo z zupełnie pomyślnym wynikiem. Obydwie metody operacyjne przedstawiają dwie główne strony ujemne: 1° gojenie się rany trwa nader długo, 2° w utworzonej bliźnie bardzo często występuje z czasem przepuklina. Dla skrócenia przebiegu gojenia się proponowano odcięcie ścian worka tak jednak, aby pozostałe brzegi można było jeszcze zeszyć z brzegami rany brzusznéj. Wycięcie całego worka wraz z częścią wątroby nie stanowi, według autora, bynajmniéj ideału operacyi. Billroth podał sposób nowy, który zastosował już z powodzeniem w pięciu przypadkach (4, bąblowiec wątroby, 1, śledziony). Mianowicie worek bąblowca nacina, wypuszcza zawartość na zewnątrz, bardzo starannie oczyszcza, wypełnia mięszanką jodoformową (1:10 gliceryny), wreszcie zaszywa cały worek szwem ciągłym i wpuszcza do jamy brzusznéj, któréj ranę zeszywa zwykłym szwem piętrowym.

Jak widać z przytoczonych przez autora historyj chorób przebieg pooperacyjny we wszystkich przypadkach był bardzo dobry i we wszystkich nastąpiło zupełne wyleczenie z wyjątkiem ostatniego, gdzie pozostała mała przetoka. Przeciwwskazanie dla sposobu tego stanowi ropna zawartość worka; wtedy pozostaje leczenie otwarte: po przyszyciu brzegów do rany brzusznéj wylewać worek mięszanką jodoformową, potem zaś można założyć szew wtórny. Jeżeli jednak obawiałby się kto, ażeby wpuszczony worek nie pękł w jamie brzusznéj, proponuje autor w takim razie przy szyciu worka zabierać w szew i brzegi otrzewny ściennéj, jak to poleca Czerny przy cholecystotomii. Tu jednak szanse zrośnięcia worka *per primam* będą mniejsze. Ta metoda Billrotha, zdaje się, powinna się nadawać do operacyj innych torbieli wewnątrz otrzewnowych, niemożliwych do wyjęcia, jak np. torbieli trzustki i w przypadkach tych poleca autor wypróbowanie jéj. (*Beiträge zur Chirurgie, Festschrift gewidmet Theodor Billroth*. 1892). *L. Kryński.*

Tillmans. **O przyszyciu i wycięciu nerki wędrującéj.**

Autor ogłasza 16 przypadków, w których wykonał przyszycie nerki wędrującéj z pomyślnym skutkiem. W 12 przypadkach rezultat operacyi był skontrolowanym po dłuższym przeciągu czasu (rok do dwu lat). W jednym z tych 12 przypadków nastąpiła w 52 dni po operacyi śmierć z powodu gruźlicy płuc; sekcya wykazała, że przyszyta nerka była mocno przyrośniętą. W drugim przypadku, w którym autor dokonał obustronnéj *nefrorrhafii* oraz operacyi radykalnéj wielkiéj przepukliny brzusznéj, powstałej po laparotomii próbnéj, nastąpiła po stronie lewéj recydywa; podczas operacyi okazało się, że nerka lewa była znacznie powiększoną, twardą, o powierzchni nierównéj, wskutek czego ją następowo wycięto. Chora umarła w $2^1/_4$ lata po operacyi z powodu innéj choroby. We wszystkich tych przypadkach, które autor operował, nerka wędrująca sprawiała chorym znaczne dolegliwości; były to nerki prawe, w jednym tylko przypadku operował autor obustronną nerkę wędrującą. Według Tillmansa cierpienie to jest częstszem po stronie prawéj aniżeli po lewéj, dlatego, że nerka zostaje przemieszczoną głównie przez wątrobę, powiększoną wskutek spraw chorobowych. Dobre rezultaty, które autor otrzymał, zawdzięcza on z jednéj strony technice operacyjnéj, z drugiéj zaś zachowaniu się chorych po operacyi. Nerka musi zostać odprowadzoną na możliwie prawidłowe miejsce; w rzadkich tylko przypadkach trzeba w tym celu wyciąć 12 te żebro, gdyż udaje się to zazwyczaj i bez téj dodatkowéj operacyi. Główny nacisk kładzie autor na szew, który musi przechodzić przez samą istotę nerki, torebkę włóknistą nerki autor przyszywa do otoczenia oddzielnie. Po odprowadzeniu nerki przedewszystkiem należy przymocować dolny brzeg takowéj. Tillmans zakłada zwykle 2 szwy: jeden jedwabny, drugi katgutowy; silkwormgut okazał się niepraktycznym do szwu nerki, gdyż za prędko przecina substancyję takowéj. Rany po nefrorafii autor nie wypełnił gazą, lecz sączkuje ją i zeszywa; we wszystkich przypadkach następował rychłozrost w 8—14 dni po operacyi. Chorzy muszą leżeć po operacyi co najmniéj 4 tygodnie, w przeciwnym bowiem razie następuje recydywa, jak się o tem autor w jednym przypadku przekonał. Wyciął nerkę wędrującą w 3 przypadkach prócz wyż wymienionego dwa razy z powodu nowotworu nerki, raz z powodu padaczki, która wystąpiła po powstaniu nerki wędrującéj. We wszystkich tych przypadkach nastąpiło wyleczenie. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Bd. 34. 1892). *Dr. Klecki.*

Patologija.

Störck (Kiel): **Rhinitis pseudomembranacea.**

Autor opisuje 3 przypadki téj choroby u robotników w wieku między 20 a 26 lat, dwa w przebiegu *pleuritis fibrinosa* a jeden w przebiegu *pleropneumonia*. W wszystkich tych przypadkach przebieg choroby był prawie jednakowy: nagle wśród silnego bólu głowy bez podwyższenia ciepłoty powstawały w nosie liczne błony tworzące nieraz odlewy jamy nosowéj, zatykające takową, łatwo się oddzielające, nie posiadające żadnéj woni, a w miarę dłuższego trwania téj choroby błony były coraz kruchsze tak, że na końcu istniała wydzielina śluzowo-ropna, zwolna znikająca. W błonach tych przy badaniu mikroskopowem mało znachodziło się włóknika w przeciwieństwie do błon dyfterytycznych. Badanie bakteryjologiczne i mikroskopowe tych błon prątków Löflera nie wykazało, i nie dało pewnych wyników co do natury téj choroby. Zapalenie to błony śluzowéj jamy nosa pozornie włóknikowe należy ściśle odróżnić od błonicy. (*Berliner klin. Wschrft. Nr. 42, 1892*). *Dr. Komorowski.*

Choroby uszne.

Krepuska (Budapeszt): **Cierpienia narządu słuchowego natury gruźliczéj.**

K. opisuje dwa nader ciekawe przypadki. W pierwszym istniała gruźlica prosówkowa błony bęb. z następową próchnicą kości skalistéj; w drugim istniały wielkie spustoszenia w nosie i gardle jako następstwa kiły, podczas gdy w obu uszach znachodziły się zmiany gruźlicze. W wydzielinie wydobytéj z nosa w drugim przypadku oraz w kawałkach uklejowych wydalonych z obu uszu znaleziono liczne laseczniki. Z własnych doświadczeń wysnuwa K. następujące wnioski: 1) gruźlica narządu słuchowego może przybrać rozmaite postacie; 2) gruźlica narządu słuchowego nie jest wcale tak rzadką chorobą, jak to powszechnie mniemają; 3) badając dokładnie drobnowidowo można znaczną część grupy chorobowéj znanéj pod nazwą: „zapalenia ucha środk. ropnego“ rozdzielić na kilka podziałów, co jest wielkiéj wagi tak pod względem leczenia jakoteż rokowania; 4) co do uklejów, pokazało się kilkakrotnie, że rosną pod wpływem działania pasorzytu w nich się rozwijającego. (*Deutsche med. chirurg. Presse 51, 1891*).

Müller: **O znaczeniu klinicznem przedziurawień błony bębenkowéj.**

M. ocenia znaczenie przedziurawień błony bęb. pod względem rozmaitego ich umiejscowienia, kształtu, wielkości i liczby. W tym celu rozróżnia dwie części błony bęb. górną i dolną, oddzielone od siebie tylnym i przednim fałdem błony. Najważniejszą rolę odgrywa siedziba przedziurawienia. Jeżeli takowe znajduje się na dolnéj połowie błony bęb. nieco od obwodu oddalone, a równocześnie istnieją objawy ostrego zapalenia błony i jamy bęb., to można się spodziewać, że po usunięciu sprawy chorobowéj w uchu środkowem otwór się zamknie, a błona bęb. wróci do prawidłowéj czynności. Takie same zaś przedziurawienia umieszczone w dolnéj połowie błony na stożku świetlnym, z powodu krótszych i silniéj na tem miejscu napiętych włókienek błony bęb. o wiele trudniéj się zamykają i sprawiają znaczne zaburzenia. Rękojeść młotka pozbawiona swego więzadła przechyla się na wewnątrz, przez co promieniste włókna błony więcéj się naprężają i wskutek tego prawidłowe ich odżywienie i zdolność odradzania są upośledzone. Przedziurawienia obwodowe dolnéj połowy wzbudzają zawsze podejrzenie o ograniczoną próchnicę pierścienia bębenkowego (*annulus tympanicus*) i w przeważnéj części takich przypadków objawy chorobowe, jak zaczerwienienie, obrzmienie itd. występują też pierwéj na częściach kostnych, a późniéj do-

piero przychodzi do perforacyi błony bęb. Przedziurawienie na górnych odcinkach długo i uporczywie się utrzymujące mimo leczenia, wskazuje również prawdopodobieństwo istnienia próchnicy. Przedziurawienie środkowe na końcu rękojeści młotka występują w początku w postaci nerkowéj i przyjmują przez dalszy rozpad błony bęb. postać sercową. Według tego czy ścięgno naprężacza błony bęb. jest utrzymane lub zniszczone, rękojeść młotka jest na swojem miejscu lub w głąb często aż do wzgórka wciągnięta. Perforacyje takie znachodzą się tak samo jak przedziurawienia na stożku świetlnym w przeważnéj liczbie przewlekłych ropni ucha środkowego i zrządzają znaczne zaburzenia czynnościowe i dolegliwości podmiotowe. Daléj należy zwracać uwagę na jakość ropy, na występowanie bujnéj, łatwo krwawiącéj ziarniny, grudków żółciołojakowych, na wejrzenie brzegów przedziurawień w celu należytego ocenienia klinicznego i stosownego leczenia takowych. W przedziurawieniach zupełnych lub o postaci nerkowéj, sercowéj lub wreszcie w stożku świetlnym znajdujących się ścięgno utrzymanego naprężacza błony bęb. pociąga rękojeść młotka i z nią cały łańcuch kostek usznych na wewnątrz ku błędnikowi, wywiera przez to ucisk na ten ostatni a skutkami są ucisk mózgowy, zawrót głowy, nerwobóle i inne przypadłości.

Najlepszym sposobem leczenia takich przypadków jest przecięcie ścięgna naprężacza błony, względnie w większych przedziurawieniach wycięcie młotka i kowadełka. Jeżeli strzemiączko jeszcze prawidłowo funkcyjonuje i nie jest w stawie zrośniętem, można za pomocą tego zabiegu osiągnąć uwolnienie błędnika od ucisku, polepszenie słuchu i usunięcie przewlekłego ropienia nie dającego się innym sposobem wyleczyć, jak to potwierdza 8 przypadków przez autora przytoczonych. (*Archiv f. Ohrenheilk.* T. 32, z. 2).

Truckenbrod (Hamburg): **Ropień mózgu po ropnem zapaleniu ucha środkowego; wyleczenie przez operacyję.**

U osoby 54 lat liczącéj wystąpiło po influenzie ostre zapalenie ucha środk. lewego. Po 3 tygodniach powstał nagle silny ból w okolicy ciemienia, niedowład drugiéj gałęzi n. twarzowego, utrata mowy, niedowład prawego ramienia, anarytmia, aleksya. Objawów wiądu brak. Ciepłota nieregularna, dochodziła do 38·9°. Rozpoznano ropień w lewym płacie skroniowym, otwarto od strony stropu jamy sutk. (*tegmen antri*) i założono sączek. Po 4 tygodniach nastąpiło wyleczenie, otwór w błonie bębenkowéj się zamknął, słuch taki jak przed operacyją. Chory nużył się jeszcze prędko przy zatrudnieniach umysłowych. (*Deut. med. Ztg.* Nr. 84, 1891). *Dr. Spira.*

Choroby skórne i kiłowe.

Rosenbach (Wrocław): **O leczeniu zboczeń powstałych w czynności skóry pod wpływem braku tłuszczu skórnego.**

Wiadomą jest rzeczą, że szereg chorób skórnych polega na zbytniem zużywaniu się tłuszczu skórnego; na brak tego tłuszczu za mało zwraca się zdaniem autora uwagi i ztąd to pochodzą zapalenia skóry u lekarzy mających często do czynienia z płynami antyseptycznemi, furunkuły skóry u osób silnie się pocących. Brak tłuszczu jest pierwotuą przyczyną chorobową, a następowo rozwija się ropienie. Wtargnięciu jadu ropnego najlepiéj zapobiega zdaniem R. warstwa tłuszczu tak, że skłonność skóry do zachorowania jest niemal proporcyjonalną do zmniejszania się funkcyi gruczołów łojowych. Jako najlepszy środek do zastąpienia tłuszczu skórnego uważa R. lanolinę, która w powierzchowne warstwy skóry łatwo ulega wessaniu. Wobec skłonności do *dermatitis artificialis* należy każdym razem po umyciu się i przed udaniem się na spoczynek ręce natrzeć tłuszczem lub lanoliną. W obec tworzenia się furunkułów w nosie zaleca R. wprowadzanie 2—3 razy dnia wacików nawiniętych na patyczek a napojonych lanoliną w otwór nosowy i okręcając patyczek powlec całą błonę śluzową wysoko aż do muszli środkowéj tłuszczem. Postępowanie to ma chronić od tworzenia się furunkułów i oddawać w istniejącéj już furunkulozie dobre usługi. (*Therap. Monatsschrift Nr. 11, 1892*). *B...k.*

Lang: **Przyrządy pomocnicze do celów rozpoznawczych i leczniczych w chorobach cewki moczowéj.**

1) Lejek oświetlający. Endoskop Grünfelda składający się z reflektora, rurki i lampy, pozostanie i nadal w praktyce najwięcej używanym. Oświetlenie wnętrza za pomocą reflektora jest niepraktyczne, wziernik jest zanadto wązki, by dostateczna ilość światła doń wejść mogła. Lang podał lejek, który zadanie oświetlenia daleko lepiéj spełnia. Lejek przymocowany do tuby posiada umocowane na dźwigni pod 2 kątami zagiętéj lampkę elektryczną żarzącą, któréj światło przy pomocy pryzmatu i soczewki w ten sposób odbite zostaje, iż promienie wprost do rurki wpadają. Tył lampki pokryty jest amalgamem tak, iż światło oka nie razi. Za pomocą odpowiedniego przyrządu na rękawie umieszczonego, przy badaniu można dowolnie prąd zamykać lub otwierać. Przyrządem tym błona śluzowa cewki aż do najdalszéj głębokości jest znakomicie oświetloną tak, iż nawet niewprawny każdą zmianę z łatwością widzieć może. Lejek ten, którego rysunek i dokładny opis praca oryginalna zawiera, sprzedaje mechanik Wolters, Neuer Markt 7 w Wiedniu.

2) *Tubuli elastici medicamentosi.* Zwykłe dreny kauczukowe obciąga mięszaniną żelatyny i środka leczniczego a nasmarowawszy waseliną wprowadza do cewki i zostawia tam do 5 minut. Dren z podobną masą można w każdéj aptece kazać przyrządzić. Tubuli te używać najlepiej w tryprach chronicznych i można je zakładać co 2 dzień a późniéj i codziennie. W okresie ostrym tylko wtedy, jeżeli chcemy zadziałać poronnie. Taniny daje się 1%, Taliny 5%, *cuprum sulf.* ½%, *Plumbum aceticum* 1%, Resorcyny 5%. (*Wr. med. Wchft.* Nr. 36, 1892).

Lorinser (Buxton): **Phlebitis urica.**

L. zdaje sprawę z 12 przypadków zapalenia żył na tle dyjatezy moczowéj, z których jeden zakończył się śmiercią. *Phlebitis* wystąpiła w kończynie dolnéj po napadzie podagry. W czasie kiedy zapalenie żylne zaczęło ustępować, chory dostał krwotoku płucnego. Skonstatowano stłumienie w okolicy łopatki, oddech oskrzelowy z rzężeniami. Chory umarł z powodu embolii. Zapalenie żył występuje u dotkniętych podagrą dość często, a poznać je można po następujących objawach: *a*) symetryczne ułożenie *b*) łatwość nawrotów i przerzutów *c*) brak ropienia, *d*) zajęcie żył powierzchownych a nie głębokich *e*) twardość i bolesność żyły *f*) zaczerwienienie skóry. Objawy ogólne są mało wybitne. Ciepłota jest nieznacznie podwyższoną. Przypuszczają, że zapalenie żył powstaje z powodu nagromadzenia się kryształków kw. moczowego na ścianach tych żył, w których prąd krwi jest zwolniony. W następstwie osadzania się kryształków krew krzepnie. L. nie zgadza się z tem zapatrywaniem; albowiem krzepnięcie może być tak dobrze powodem, jak następstwem zapalenia. (*Wiener med. Wschrft. Nr. 36, 1892*).

Dr. Mendelsburg.

Położnictwo.

H. Fehling: **O pęknięciach macicy.**

(Dok. Patrz Nr. 51.)

Jeżeli mimo silnych bólów główka nie zstępuje, a przedgłowie rośnie, to pęknięcie macicy staje się bardzo możebnem. Rozpoznanie niebezpieczeństwa ułatwia zachowanie się pierścienia kurczowego i więzów okrągłych. Pierwszy tem wyżéj sięga, im czynność porodowa dłużej trwa, po odpływie wód płodowych, czasem aż do pępka i przebiega skośnie jako listewka, oddzielająca skurczony trzon macicy od rozciągniętego dolnego jej odcinka i szyi. Więzy okrągłe zaś napierają się coraz więcéj wraz z podnoszeniem się trzonu macicy, a szczególniej napierają się wciąż po stronie zagrożonéj. Wskazówkę również ważną stanowi wyciągnięcie pęcherza moczowego ku górze.

Ważnym objawem jest i bolesność dolnéj części brzucha podczas pauzy. Tętno zaś i ciepłota nie wchodzą wiele w rachubę, bo pierwsze należałoby znać pierwej, aby z różnego zachowania się jego wysnuwać jakiekolwiek wnioski, ciepłota zaś przed pęknięciem nie ulega zmianie.

Gdy pęknięcie już nastąpiło, obraz chorobowy się zmienia. Płód z jakiegobądź położenia dostaje się przez otwór nieprawidłowy do jamy brzusznéj, a bóle ustają. Ale zamiast ulgi, jak po prawidłowem wydaleniu płodu, uczuwa rodząca, że coś się w niej stało, zapada z powodu zadrażnienia otrzewny i krwawienia, blednie, skarży się na bóle, tętno staje się małem i licznem. Płód żywy dotąd, obumiera bardzo rychło.

Badanie obecnie wykazuje brak części poprzedzającej, którą pierwej można było wyczuć we wchodzie. Tylko wtedy, gdy główka była ustaloną, pozostaje na miejscu, a tylko reszta płodu dostaje się do jamy otrzewnowej. Macicę wówczas wypróżnioną można wybadać jako guz, jużto z przodu już to po za płodem, lub z boku. Po pęknięciu odpływa zazwyczaj krew z pochwy.

Jeżeli główka była ustaloną, to już ona sama tamponuje część rany po pęknięciu, macica zaś przez silny skurcz jest w stanie zamknąć nawet gałązki tętnic przerwanych. Krwawienie zaś główne pochodzi zazwyczaj z rany w wiotkim dolnym odcinku macicy, gdzie jest otwartą, a nie z miejsca, w którem łożysko było przyczepionem.

Wyżej opisany obraz staje się mniej wyraźnym, jeżeli pęknięcie powstaje powoli, lub gdy zachowaną jest błona surowicza. Ustanie bólów jest wówczas mniej nagłem, ale rzadko się zdarza, aby nie ustąpiła część poprzedzająca i nie było zapadu. W takich przypadkach szczególniej, jeżeli pomoc wczas nie przyszła, można czasem zauważyć rozedmę podskórną na brzuchu i udach i podśluzową, w macicy powstałą przez wparcie powietrza z przewodu rodnego. Jeżeliby się ono dostało do większej żyły, może wywołać śmiertelne zaczopowanie.

Rokowanie dla matki jest najczęściej złe, śmierć następuje z krwotoku lub zakażenia; dla płodu rokowanie prawie bez wyjątku niepomyślne.

Przechodząc do pytania trzeciego, radzi autor osłabić bóle, czyto chloroformem, czy morfiną, jeżeli płód żywy, a główka przynajmniej w linii kolcowej. Jeżeli to jest niemożebnem lub rozdęcie jest znacznem, radzi wymóżdżenia jak na płodzie nieżywym. Z zabiegiem zaś spychania główki zewnętrznie do miednicy według Veita, radzi ostrożności wielkiéj. W razie położenia poprzecznego obrót należy wykonywać nader ostrożnie, a jeżeli już jest silny skurcz macicy to operacya jak na płodzie nieżywym, bo i tak z pomocą nawet obrotu żywego płodu wydostać nie można.

W razie już powstałego pęknięcia, natychmiastowe ostrożne rozwiązanie. Kleszcze tylko wówczas, jeżeli zabieg uważać można za stanowczo lekki, jeżeli zaś nie, to wymóżdżenie i wydobycie kraniotraktorem. Uśpienie jest bardzo pożądanem. Wydobycie płodu za poprzedzające nóżki w otworze po pęknięciu udaje się nadzwyczaj rzadko. Wrazie położenia poprzecznego, jeżeli płód jest jeszcze w macicy, należy zaniechać obrotu, bo dziecku nic się nie pomoże, a rozdarcie można powiększyć, najodpowiedniejszem zaś jest odjęcie główki lub rozkawalenie płodu. Jeżeli płód wydobył się tylko małą częścią przez ranę po pęknięciu do jamy otrzewnowéj, wówczas wydobycie go drogą naturalną nie stanowi trudności: jeżeli jednak główka lub tułów dostał się już do jamy brzusznej, to pociąganiem można tylko ranę powiększyć.

W razach takich wskazanem jest wydobycie płodu przez cięcie brzuszne, niezbędnem zaś, jeżeli cały płód leży już w jamie otrzewnowéj. Wyszukanie łożyska między jelitami bywa czasem nader trudnem, jako też i oczyszczenie ich ze smółki, krwi i wód płodowych. Niezbędnem jest następnie zeszycie rany po pęknięciu.

Jeżeli pęknięcie okrężne jest zbyt rozległem, to należy wykonać operacyę Porry, która staje się koniecznią, jeżeli spostrzeżono zakażenie już wśród porodu. Jak jednak świadczy przytoczony powyżej przypadek, operacya ta nie zawsze jest możliwą do wykonania. W razie zaś możebności, to opatrywanie trzonu zaotrzewnowe daje lepsze wyniki.

Najtrudniejszem jest do rozstrzygnięcia pytanie dla lekarza praktycznego, czy należy wykonać laparotomię w celu zeszycia rany po pęknięciu, jeżeli płód wydobyto drogą naturalną. Według autora jest to koniecznem, aby opanować krwotok i uchronić chorą od zakażenia. Zestawienie statystyczne wykazuje, że w takim razie najmniej połowa chorych zostaje uleczonych. Zważywszy to, twierdzi autor, że lekarz praktyczny powinien umieć wykonać tę operacyę tak samo, jak cięcie cesarskie, operacye przepukliny i t. p. Należy zachować wśród operacyi wszystkie zasady czystości, a jamę brzuszną wypłukać i wymyć fizyologicznym rozczynem soli kuchennéj. Macicę trzeba wydobyć przed ranę brzuszną, aby się dokładnie rozejrzeć, oczyścić brzegi pękcięcia, wnętrze zaś macicy wytrzeć 3% rozczynem kwasu karbol. i wytamponować gazą jodoformową, której koniec wyprowadzić należy do pochwy.

Następnie trzeba ranę zeszyć szwami zajmującemi wszystkie warstwy. Po zeszyciu oczyścić raz jeszcze jamę otrzewnową, zeszyć powłoki brzuszne i założyć opatrunek uciskowy. Jeżeli zaś krwawienie po zeszyciu pęknięcia nie ustało jeszcze zupełnie, należy założyć sączek w dolny odcinek rany. Gazę jodoformową wydobywa się z pochwy po 24 godzinach.

Operacya powyższa jest niezbędną, jeżeli tylko pozwalają na nią siły choréj, o co trudno wszakże wobec krwotoku towarzyszącego pęknięciu. Ale też właśnie dla zatamowania go laparotomia jest jedynym pewnym środkiem, który nawet w razie już istniejącego zapalenia otrzewny, może zbawiennie działać (Wyder).

Drugi sposób leczenia pęknięcia jest zachowawczy, podług Leopolda, za pomocą tamponowania gazą jodofor. przez pochwę macicy i rany po pęknięciu. Leopold radzi przed tem wypłukać jamę brzuszną przez ranę 2% rozczynem kwasu karb., czemu autor się sprzeciwia, z powodu możebności wprowadzenia z macicy istot zakaźnych na otrzewną, szczególniej jeżeli błona śluzowa macicy już jest zakażoną.

Wystarczy, wypłukując, wytrzeć jamę macicy i szyi płynem przeciwgnilnym. Następnie chwyta się haczykiem lub szczypcami haczykowemi górny odcinek rany i przyciąga się go ku dolnemu. Asystent jedną ręką spycha zewnętrznie macicę, drugą naciąga lekko szczypczyki, a operator wprowadza na długich szczypczykach pasek gazy jodofor. do dna macicy. Potem układa go w kilku fałdach poza ranę i lekko tamponuje szyję. Koniec paska pozostawia w pochwie. Następnie opatrunek uciskowy, utrzymujący macicę w przodo, względnie tyłozgięciu. Gazę jodofor. należy odpowiednio do potrzeby pozostawić przez 6 do 10 dni. Zakładania gumowego sączka do jamy brzusznéj odradza autor, a poleca tylko postępowanie Leopolda, jeżeli już się operacyi nie wykonywa.

Wreszcie co się tyczy pęknięcia ponownego po już raz przebytem lub po cięciu cesarskiem, radzi autor zawczasu badać podczas ciąży i względnie do stosunków albo wzniecić poród przedwczesny, albo wykonać cięcie cesarskie, z wskazaniem względnem. W takich tylko razach zaleca czekanie do końca ciąży, jeżeli poprzednie pęknięcie powstało z powodu wodogłowia, a miednica jest obszerną. Zaleca jednak bardzo wielką ostrożność w tych przypadkach. (Sammlung klin. Vortr. Nr. 54). *Dr. Wł. Harajewicz.*

Notatki lecznicze.

Wedle Baginskyego w leczeniu błonicy u dzieci okazały się najskuteczniejszemi płukania rozczynem sublimatu 1:3000 lub zwilżania sublimatem 1:500 lub 3% rozczynem alkoholowym karbolu. Z środków rozpuszczających błony błonicowe najlepszemi okazały się rozczyny wody wapiennéj i papayotyny 5 lub 10%. Ponadto okłady lodowe i połykanie kawałków lodu jest godnem polecenia. Przeciw postępującemu porażeniu serca stosuje się wstrzykiwania podskórne strychniny, kamfory lub kofeiny, jednak z nie zupełnie pewnym wynikiem.

W celu leczenia furunkułu w przewodzie usznym zewnętrznym zaleca Grünwald okłady wysychające w następujący wykonane sposób: po dokładnem oczyszczeniu przewodu usznego wprowadza się cienki zwitek waty lub gazy zmaczanéj w 5% rozczynie *liquoris alumin. acet.* głęboko

w przewód i koreczkiem z suchéj waty przytyka. Na zewnątrz osłania się papierem kauczukowym. Ból dotkliwy ustaje rychło a furunkuł najczęściéj sam pęka. (*Jahrb. der prakt. Medicin.* 1892). *Dr. Wachholz.*

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 23 listopada 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 53. Gość: Dr. Jaworowski z Kowna.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że Komitet Towarzystwa rozpatrzywszy w głównych zasadach pismo Rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. wyrażające życzenia co do „Przeglądu Lek." odstąpił je komisyi redakcyjnéj do zbadania i przedstawienia wniosków.

3) W miejsce Dra Krówczyńskiego, który złożył mandat delegata Tow. lek. krak. do Rady zawiadowczéj Tow. lek. gal., wybrano jednomyślnie delegatem do końca roku w myśl § 65. statutu Dra Hilarego Schramma.

4) Członkami zwyczajnymi wybrano jednomyślnie Drów Edwarda Piotrowskiego i Maryjana Piątkowskiego, członkami korespondentami zaś Towarzystwa Drów Karola Kleckiego i Antoniego Śmiechowskiego.

5) Wybrano komitet przedwyborczy dla zaproponowania kandydatów na rok 1893, w skład którego weszli koll.: Cercha, Domański, Gabryszewski, Jakubowski, Kirschner, Kośmiński, Lustgarten, Mączka, Obaliński, Paszkowski, Radecki, Rydel, Śliwiński, Surzycki, Trzebicky i Wilkosz.

6) Kol. Pieniążek przedstawił trzech chorych z przerostem błony śluzowéj w krtani w różnéj od głośni odległości. W pierwszym z nich przerosła błona śluzowa tworzyła gruby pierścień o kilka centimetrów poniżéj głośni, który wywołał zwężenie nie wpływając wcale na głos. W drugim przypadku przerost błony śluzowéj występował w postaci dwóch poduszkowatych wzniesień na bocznych ścianach krtani, oddzielonych wyraźnemi bruzdami od brzegów strun głosowych, wskutek czego i w tym przypadku głos się nie zmienił. W trzecim przypadku przerost na bocznych ścianach krtani zajmował także i struny głosowe, których brzegi na szczytach owych poduszkowatych wzniesień zaledwie się zaznaczały.

Kol. Pieniążek zwrócił uwagę na różny wpływ, jaki przerost błony śluzowéj krtani wywiera na głos, zależnie od swego usadowienia się oraz na przyczynę tych stanów, któréj szukać należy jużto w ropotoku Störka, jużto w twardzieli. Następnie wspomniał o różnéj twardości i niepodatności części przerosłych, wobec któréj leczenie, mające na celu rozszerzenie zwężenia, ma bardzo różny skutek. U chorych przedstawionych otrzymano powyższem leczeniem w ciągu jednego do dwóch tygodni skutki nader pomyślne, gdyż wszyscy troje oddychają obecnie znacznie swobodniéj, niż w chwili przyjęcia do szpitala.

7) Kol. Kryński przedstawił chorą z kliniki prof. Rydygiera, u któréj w marcu 1861 r. wycięto *osteo-sarcoma* kości czołowéj. Po operacyi pozostał znaczny ubytek kostny, sięgający od nasady nosa na 15 ctm. ku górze, odsłaniający zupełnie zatokę czołową; jama czaszkowa otwartą nie była. Po upływie jedenastu miesięcy, skoro nie wystąpiły żadne objawy nawrotu choroby, pokrył prof. Rydygier ten ubytek płatem, wziętym z wierzchołka głowy, o szerokiéj szypułce wychodzącéj z lewéj skroni, i zawierającéj w sobie tętnicę skroniową lewą. Płat ten składał się ze skóry wraz z czepcem ścięgnistym, okostnéj i powierzchownéj blaszki kości ciemieniowéj, odjętéj szerokim dłutem. Płat po przesunięciu na miejsce ubytku zeszyto z jego brzegami a po upływie trzech miesięcy wytworzyła się zupełnie twarda warstwa kostna, stanowiąca teraz przednią ścianę zatoki czołowéj. Ponieważ jednak płat przeniesiony z głowy pokryty był włosami, które teraz zajmowały całe czoło aż do brwi, przystąpiono do trzeciéj operacyi. Z nowo utworzonéj kości czołowéj oddzielono skórę wraz z włosami i na téj saméj szypułce bocznéj przesunięto ją na dawne miejsce na głowie; powstały zaś brak skóry na czole pokryto płatem skóry, wziętéj z brzucha. Obecnie, w półroku po ostatnim rękoczynie, chora przedstawiona czuje się zupełnie dobrze, obydwa płaty przyjęły się i wrosły dobrze, a tylko ta część czoła, gdzie znajdował się nowotwór, jest nieco wklęsłą.

Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

IV. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Burlureaux: O oczyszczaniu wody do picia.

Kwestyja ta, tak ważna zwłaszcza podczas panowania epidemij, została opracowaną przez autora zarówno ze strony chemicznéj, jakoteż i ze strony bakteryjologicznéj. Autorowi chodziło o podanie sposobu sterylizowania wody *en masse*, nie poddając takowéj gotowaniu, a poprzestając na oczyszczaniu chemicznem; smak wody nie miał przytem uledz zmianie przez dodanie odpowiednich istot w nadmiernéj ilości. Jeśli w wodzie, zawierającéj sole mineralne, przez dodanie odpowiednich związków chemicznych wytworzymy osady stałe, to takowe, opadając na dno naczynia, porwą ze sobą bezwątpienia wiele drobnoustrojów, znajdujących się w wodzie. Autor wychodzi jednak z tego założenia, że przez wywołanie pewnych reakcyj, a więc zmiany środowiska, w którem bakteryje żyją, zostają one dla ustroju unieszkodliwionemi, względnie żywotność ich przynajmniéj na pewien czas znakomicie zmniejszoną zostaje. W wodzie, mającéj zostać wyjałowioną, osadza autor związki wapnia za pomocą dwóch proszków:

I) dla wody zawierającéj więcej siarkanu niż węglanu wapniowego, wapna niegaszonego 5 części, węglanu sodu 9, ałunu 9 cz.; II) dla wody zaś zawierającéj więcéj węglanu niż siarkanu wapniowego, wapna niegaszonego 9 części, węglanu sodu 5, ałunu 1.

Autor omawia reakcyje, jakie zachodzą po dodaniu mięszanin tych do wody, zawierającéj rozmaite sole wapienne, przyznaje jednak, że omówienie to ze względu na zawiłość kwestyi bynajmniéj dokładnem nie jest. Na litr wody należy używać jednego z wyżéj wyszczególnionych proszków po 0·015 g. na każdy stopień hydrotymetryczny. Do użytku domowego podaje autor następujący sposób dozowania owych proszków: do 10 litrów wody dodaje się 3 gm. proszku i po należytem skłóceniu kosztuje się wodę, jeśli woda nie ma smaku wyraźnie alkalicznego, dodaje się po 1 gramie dopóty, dopóki smak ten nie wystąpi. Stosując cokolwiek mniejszą ilość danego proszku, utrafimy na właściwą dozę. Im więcéj soli wapiennych woda zawiera, tem dokładniejszem jest wyjałowienie jéj przez dodanie odpowiednich proszków. Autor kładzie jednak główny nacisk nie na obfitość wytworzonego osadu, lecz na ilość i intensywność wywołanych w wodzie reakcyj. To też dla wody, mało soli wapiennych zawierającéj, poleca autor następującą mięszaninę: wapna niegaszonego 9 części, węglanu sodu 5, ałunu 1, siarkanu żelaza 1. Mięszaniny te muszą być bardzo dokładnie sproszkowane i ze względu na wapno możliwie sucho przechowywane.

Autor oczyszczał swoją metodą rozmaite wody naturalne, zawierające drobnoustroje w wielkiéj ilości, oraz wodę, którą sztucznie zanieczyszczał bakteryjami cholery, duru, *bacterium coli commune*, paciorkowcami oraz wąglikiem. Badania bakteryjologicznego tych wód dokonywał przed oczyszczeniem i po oczyszczeniu takowych; przeciętnie wystarczało 0·6 grm. odpowiedniego proszku do wyjałowienia 1 litra wody, ponieważ jednak smak po dodaniu téj ilości proszku stawał się cokolwiek alkalicznym, radzi autor używać 0·5, 0·4 a nawet 0·3 grm. proszku na 1 litr wody; używając téj ilości proszku nie zmieniamy smaku wody, a większość bakteryj zostaje zabitemi, względnie stają się nieszkodliwemi. Doświadczenia z wodą zanieczyszczoną laseczn ikami wąglika, dały wyniki ujemne; wszystkie inne zaś dawały stale wyniki dodatnie, t. j. z wody oczyszczonéj metodą autora, drobnoustrojów albo wogóle nie można było wyhodować,

albo też kolonije ukazywały się na płytach w nieznacznéj ilości dopiero po 6 dniach i późniéj, wówczas gdy na płytach zakażonych tąż wodą nieoczyszczoną ukazywały się liczne kolonije już na 2-gi lub 3-ci dzień. Autor jest zdania, że reakcyje zachodzące w wodzie po dodaniu do takowéj danego proszku oraz dokładnem skłóceniu nie występują nagle, a przynajmniéj w znaczuéj części po upływie pewnego czasu; z tego powodu radzi autor używać wody dopiero po upływie 6—12 godzin po dodaniu wyż wymienionych proszków. (*Archives de méd. experim. et d'anat. pathol.* Ser. I, t. IV, 1892). *Dr. Klecki.*

V. Wiadomości bieżące.

(b) **Kraków** dnia 29 grudnia 1892. Na posiedzeniu nadzwyczajnem odbytem dnia 26 b. m. Towarzystwo lekarskie krakowskie zamianowało jednomyślnie prof. Pasteura z okazyi jego 70. rocznicy urodzin swoim członkiem honorowym i uchwaliło wystosować do niego telegram następującéj osnowy:

Mr. L. Pasteur, Membre de l'Institut Paris.

La société médicale de Cracovie à la séance extraordinaire du 26. courant en reconnaissant des mérites exceptionels rendus au progrés de l'humanités a arrêté à l'unanimité de vous nommer membre honoraire de la Société. Nous avons l'honneur de vous en faire part.

Secretaire géner.: *Dr. Kwaśnicki.* Président: *Dr. Ponikło.*

(b) Sekcyja medyczna Akademii umiejętności w Paryżu wybrała komisyję mającą się zająć obmyśleniem sposobu uczczenia Pasteura z powodu jego 70. rocznicy urodzin. W dniu 27 grudnia o godz. 10-éj przed południem wręczono Pasteurowi złoty medal, który po jednéj stronie nosi jego portret, a po drugiéj mieści następujący napis: „*A Pasteur, le jour de ses soixante-dix ans, la science et l'humanité reconnaissante. 27 decembre 1892*“. Uroczystość odbyła się w obecności prezydenta republiki Carnota, ministrów, ciała dyplomatycznego i około 50 deputacyj zagranicznych towarzystw naukowych.

(b) Towarzystwo lekarskie warszawskie zamianowało Pasteura członkiem honorowym i wysłało przez dwóch swych członków Bujwida i Benniego adres wraz z dyplomem.

(b) W dniu dzisiejszym odbędzie się we Lwowie **jubileuszowa uroczystość 25-letniego istnienia Towarzystwa lekarzy galicyjskich**. Obchód rozpocznie się uroczystem posiedzeniem o godz. 5. po południu w sali Towarzystwa. Porządek dzienny obejmuje: a) Przemówienie prezesa Tow.; b) Sprawozdanie sekretarza jeneralnego z 25-letniéj działalności Towarzystwa; c) Odczyt Dra Krokiewicza: O tegorocznéj epidemii cholery w Galicyi; d) Odczyt Dra Ziembickiego z dziedziny chirurgii praktycznéj. Po posiedzeniu odbędzie się wspólna uczta w sali Towarzystwa strzeleckiego.

(b) Donoszą o nowym wybuchu cholery w gminie Załucze, powiatu borszczowskiego, gdzie stwierdzono trzy przypadki śmierci na siedm przypadków zachorowania. Gmina ta leży na wschodniej granicy monarchii nad rzeką Zbruczem, naprzeciw rosyjskiej gminy tej samej nazwy, w najbardziej zarażonej rosyjskiej gubernii podolskiej. Także i w powiecie husiatyńskim, gdzie zdawało się, że cholera już wygasła, stwierdzono d. 23 b. m. jeden przypadek zasłabnięcia w małej gminie Siekierzyńce nad Zbruczem i jeden przypadek w Zielonej nad Zbruczem.

(b) Belgijska Akademija lekarska wyznaczyła nagrodę w kwocie 4000 franków za najlepsze dzieło o patologii i leczeniu epilepsyi. Termin konkursu upływa z dniem 1 lutego 1894 roku.

(b) Centralne Towarzystwo lekarzy niemieckich w Czechach wystosowało do Plenera posła do Rady państwa pismo, w którem wskazuje na znaczne szkody, które mają ponosić lekarze pod wpływem projektowanéj w Austryi reformy podatkowéj.

(b) XV Zjazd balneologów odbędzie się w dniach od 8 do 13 marca 1893 r. w Berlinie pod przewodnictwem prof. Liebreicha.

(b) W Wiedniu ukazał się p. t. „*Aerzte Codex*“ zbiór ustaw, rozporządzeń itd. obowiązujących lekarzy austryjackich wydany przez lekarza Dra Schürera i prawnika Dra Kafkę.

(b) Z różnych stron Niemiec dochodzą doniesienia o pojawieniu się przypadków influenzy. Również i w Anglii zjawia się influenza w różnych miejscowościach; w Daventry i okolicy grasuje epidemija influenzy z wielką gwałtownością. W Kopenhadze było w ciągu tygodnia 167 przypadków téj choroby.

(o) W tygodniu 50-ym (od 11—17 grudnia) było w Krakowie małżeństw 6, urodzeń 44, skonów 53, z tych ostatnich z ospy 3, płonicy 3, dławca 1, czerwonki 1, gruźlicy 8, zapalenia płuc 11.

(b) **Wiadomości uniwersyteckie i osobowe.** Cesarz zamianował docenta pryw. i lekarza pułkowego Dra Władysława Niemiłowicza nadzwyczajnym profesorem farmakognozyi w uniwersytecie lwowskim. — C. i k. lekarz pułkowy Dr. Józef Madeyski został zamianowany prymaryjuszem i kierownikiem szpitala powszechnego w Przemyślu. — Docent prywatny Dr. Bayer zamianowany nadzwyczajnym profesorem chirurgii w niemieckim uniwersytecie w Pradze. — Sławny chirurg francuski prof. Verneuil zrezygnował z względu na wiek — liczy bowiem 69 lat — z czynności nauczycielskich. — Prof. Tillaux mianowany kierownikiem kliniki chirurgicznéj w Paryżu. — Dr. Jagot zamianowany profesorem chorób wewnętrznych w uniwersytecie w Angers. — Dr. B. Weriho habilitował się jako docent dla fizyjologii w Akademii medyczno wojskowéj w Petersburgu.

(b) **Zmarli.** W Strassburgu zmarł prof. anatomii Joessel.

Do Nru niniejszego dołącza się spis rzeczy i tytuł Rocznika XXXI.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

ARCO
Stacyja klimatyczna zimowa
(Tyrol połudn.).
Absolutna cisza.
Roślinność południowa.
Urządz dla hydroterapii.

Dr. H. Wollensack
praktykuje tamże jako lekarz zakładowy jak w latach ubiegłych i udziela chętnie wszelkich wyjaśnień tyczących się sposobu leczenia.
. 125—6—2

Na porę zimową polecam

Kapsułki z tranem

które zawsze **tylko** na zamówienie świeżo napełniam najświeższym i najlepszym tranem żółtym lub białym, po 0·5 twarde, po 1·0, 2·0, 3·0, 4·0 kapsułki elastyczne.

Zamówienia przyjmują wszystkie apteki.

Proszę przepisywać wyraźnie:

Capsulae „Hygea",

które łatwo można odróżnić od innych wyrobów po sposobie opakowania w osłonki z papieru woskowanego i po oryginalnem pakowaniu.

Na żądanie z dodatkiem **gwajakolu, kreozotu, jodku żelaza** i t. p.

Perełki z Morrhuolem (Merck)

po 0·20 — 100 sztuk 2 złr., — **0·20 morrhuolu odpowiada 5·00 tranu.**

Także w połączeniu z **gwajakolem, kreozotem, jodkiem żelaza i arsenianem sodowym.**

Dawki najdokładniejsze.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

110—x—13 *Maryan Zahradnik.*
aptekarz w Jeziernie.

Andrzéj Saxlehner, Budapeszt, c. i k. dostawca nadw.

»Hunyadi János«

Saxlehnera Woda Gorzka

— Uznana. — Pewna. —

Zalety Saxlehnera wody Hunyadi János
według orzeczenia powag lekarskich:
szybkie, pewne, łagodne działanie.

Nawet po dłuższem stosowaniu znakomicie ją znosi przewód pokarmowy. — Łagodny, przyjemny smak. — Trwałe, jednostajne i nieustające działanie. — Mała dawka.

Celem uchronienia od w błąd wprowadzającego naśladowania należy żądać 5—52—52
»Saxlehnera wody gorzkiéj«.

Najłatwiéj asymiluje żołądek ze wszystkich podobnych wód arsenikowo-żelazistych

Naturalna mineralna



zawierająca żelazo i arsen
ze **Srebrenicy** w Bośnii

Nadzwyczaj skuteczną okazała się woda Gubera w:
1. wszelkich chorobach, wynikających z nienormalnego składu krwi, jak anemija, chloroza. 2. w wycieńczeniu po przebyciu osłabiających chorób jak po zwykłéj zimnicy lub po malaryi. 3. w chorobach kobiecych i następstwach tychże. 4. w chorobach skóry. 5. w chorobach nerwowych. 6. w pewnych odmianach tworzenia się nowotworów (Lymphoma).

Według analizy, którą przeprowadził c. k. z. a. profesor chemii medycznéj, radca dworu Dr. Ernest Ludwig, zawiera owa mineralna woda na 10 000 części:
bezwodnika kwasu arseowego . 0.061
siarkanu żelazawego . . . . 3·734

Wyłączne prawo rozsełki posiadają firmy:

HENRYK MATTONI 3—17—18.

FRANCENSBAD **WIEDEN** KARLSBAD.
Tuchlauben, Mattoni-Hof.
Maximilianstrasse 5. — Wildpretmarkt 5.
Mattoni & Wille, Budapeszt.
Sprzedaż we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Wyciąg peptonatu żelazowego Pizzala

(Liquor ferri peptonati Pizzala).

Od 10 lat ogłaszany tylko w rozpowszechnionych pismach, cieszy się preparat ten wysokiem uznaniem i rozległem zastosowaniem w świecie lekarskim, w najszerszych kołach uniwersyteckich i lekarskich w Niemczech. Środek ten stoi na wyżynie naukowéj i przedstawia otrzymane według własnych doświadczeń połączenie chem. żelaza z taką postacią białka, jakiéj jedynie lekarz i fizyjolog używać może: „Albumozy pepton". W błednicy, niedokrewności, rekonwalescencyi, chorobach żołądkowych działa szybko i pewnie, nie psuje zębów, ulega łatwo strawieniu i wessaniu nawet w najsłabszym przewodzie pokarm. Odznacza się łagodnym smakiem, przyjemną postacią, znaczną trwałością i taniością, i uznany jako najznakomitszy środek żelazowy z manganem lub bez, niedościgniony przez żadne naśladowanictwo. — W celu uniknięcia pomyłek oświadczamy niniejszem, że nasz uznany Liq. ferri peptonat. Pizz oddajemy pp. aptekarzom jak dawniéj w ilościach więk. na klg. i pozostawia się przeto pp. lekarzom, przepisywać preparat według życzenia w dowolnéj ilości. Nasze flaszki oryginalne nie czynią preparatu droższym.
Polecenia profesorów i znakomitych lekarzy w wielkiéj liczbie. Do nabycia tylko w aptekach. Gwarancyję dają nasze flaszki oryginalne.

Biederta pożywienie dla dzieci

Sztuczna mięszanka śmietankowa dla dzieci z czułym lub chorym przewodem pokarmowym.
Ta mięszanka śmietankowa sztuczna ma podobnie jak podana przez Dra Biederta naturalna mięszanina śmietankowa na celu nie doprowadzać dziecku więcéj białka (kazeiny), niż go może znieść osłabiony i chory narząd pokarmowy, a przecież większą ilość tłuszczu od zawartéj w rozcieńczonem mleku krowiem. Dlatego staje się łatwiéj strawną i pożywniejszą niż odpowiednio rozcieńczone mleko krowie.
Patrz: Jahrbuch f. Kinderheilk. N. F. XI, 2 i 3, str. 117, 1877, Dr. Biedert. N. F. XII. 4, str. 866, 1878, Dr. Biedert. N. F. XVII. 2 i 3, 1881, Dr. Biedert i Archiv f. Kinderheilk. II Bd. Prof. Dr. A. Monti w Wiedniu itd.
Do nabycia tylko w aptekach. Puszka ulepszon. trwał. prep. 60 ct.

94—x—14 **Rud. Pizzala, aptekarz**
FABRIK CHEMISCH. - PHARM. PRÄPARATE
Linz a. d. Donau.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza